WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI
FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA
LEKARSKIEGO

REVUE MENSUELLE DE LA LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

WARSZAWA

ROK I GRUDZIEŃ 1927 ZESZYT III

HEMOPLASE
Lumière

Biologiczny środek krwiotwórczy otrzymany z protoplazmy krwinek
Zawiera w stanie biologicznie czynnym i niezmienionym
fermenty i lipoidy krwi.

PRZEWYŻSZA WSZYSTKIE PRZETWORY
ARSENO-ŻELAZOWE i HEMOGLOBINOWE

DOSKONALE ZNOSZONY PRZEZ PRZEWÓD POKARMOWY



WSKAZANIA:

NIEDOKRWISTOŚĆ
BLEDNICA
SCHORZENIA GRUŹLICZE
REKONWALESCENCJA
STANY CHARŁACZE



Postacie:

HÉMOPLASE GRANULÉ POSTAĆ ZIARNISTA (z CUKREM i WANILJA) O B. PRZYJEMNYM SMAKU
(SPECJALNIE DLA DZIECI)
DAWKOWANIE: OD 2-6 LAT 1-3 ŁYŻ. DZIENNIE, OD 6-12 LAT 3-4 ŁYŻ. DZIENNIE.

HEMOPLASE AMPOULES NIEZAWODNE NAWET W PRZYPADKACH NAJUPORCZYWSZYCH.
(ŚRÓDMIĘŚNIOWO)

DAWKOWANIE: DZIECIOM OD 5-8 LAT – 2 RAZY TYGODNIOWO PO 2 cc. (1/5 amp.)
OD 8-13 LAT – 2 RAZY TYGODNIOWO PO 5 DO 10 cc. (1/2 - 1/1 amp.)

Przedstawicielstwo na Polskę „G. Nasierowski" Warszawa, ul. Piękna 62. tel. 124-39, 30-42.
PRÓBY i LITERATURA NA ŻĄDANIE WPP. LEKARZY.

ROK I WARSZAWA 1927 GRUDZIEŃ ZESZYT 3

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI
FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA
LEKARSKIEGO

REVUE MENSUELLE DE LA LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

PAUL VIGNE, CH. GARDERE, JEANNIN.

Gruźlica wśród rozmaitych zawodów.

Szkodliwości związane z wykonywaniem zawodu stanowią czynnik pierwszorzędnej wagi w etjologji gruźlicy. Istotnie, jak można się przekonać z zestawień statystycznych, częstość zapadania na gruźlicę, a również i śmiertelność, wykazują w rozmaitych zawodach wybitne różnice. Niektóre zajęcia są względnie oszczędzane, niektóre nawet nadają jakby prawdziwą odporność, jak naprzykład roboty związane z wypalaniem wapna; inne, i te są najwięcej liczne, składają gruźlicy ciężką daninę.

Mówiąc prawdę, niezawsze należyta ocena wpływu czynnika zawodowego jest możliwa. Trudności rozpoznawcze w początkującej gruźlicy, usiłowania ukrycia choroby, czynione przez niektórych robotników i pracowników w celu umożliwienia im dalszego zajmowania się pracą zawodową, często prowadzą do mylnego przedstawienia w statystyce warunków istotnych. Wreszcie trzeba pamiętać i o dużej liczbie osobników, u których gruźlica nieczynna datuje z lat dziecinnych i u których w wieku dorosłym sprawa się wznawia i postępuje pod wpływem różnorodnych czynników, wśród których czynnik zawodowy odgrywa rolę podrzędną.

Jedną z najważniejszych przyczyn szerzenia się gruźlicy stanowi zakażenie w fabryce, pracowni, biurze, czemu sprzyja przebywanie osobników zdrowych i nosicieli bakteryj w pomieszczeniu wspólnem, w dodatku często nie odznaczającem się zdrowotnością.

Niebezpieczeństwo zakażenia jest szczególnie groźne dla lekarzy, dla personelu pielęgniarskiego stykającego się ciągle z chorymi z daleko posuniętą gruźlicą, dla rzeźników, dla służby w salach sekcyjnych, dla praczek

mających do czynienia z zakażoną bielizną.

Lasecznik Kocha może przeniknąć do ustroju przez rozmaite wrota. Nie chcąc wznawiać z tego powodu klasycznej dyskusji na temat o przewadze pod tym względem dróg oddechowych, czy też przewodu pokarmowego, podkreślimy tu jedynie częstość szczególną zakażenia w gruźlicy zawodowej na drodze skórnej. Znane są przypadki, gdy rzeźnicy, masarze, pielęgniarze, chirurgowie zapadali na ciężką gruźlicę po zranieniu się zakażonem narzędziem. *J. Courmont i Lesieur* wykazali, że lasecznik Kocha może przeniknąć skórę, albo śluzówki, przyczem niekoniecznie musi istnieć rana albo inny ubytek, wystarczy bowiem wetrzeć w skórę zdrową królika, świnki morskiej lub cielęcia hodowlę prątków Kocha, aby wywołać ogólną gruźlicę, podczas gdy miejscowo nie powstaje żadna zmiana.

Na szczęście nie każde zakażenie wywołuje postępującą sprawę gruźliczą. Ta występuje zazwyczaj naskutek masywnych lub częstotliwych inokulacji i to pod warunkiem załamania się sił obronnych ustroju.

Jeżeli do powstania postępującej sprawy gruźliczej konieczne jest zakażenie ustroju licznymi lasecznikami, to i sprawa terenu jest niemniej ważna. Rozwój choroby wymaga odpowiedniego i korzystnego dla siebie podłoża. Podług powiedzenia *J. Courmont'a* „gleba jest ważniejsza od ziarna". Czynniki zawodowe często wkraczają dopiero wtedy, gdy odporność zostaje zmniejszona. Zmęczenie, niepogoda, złe przewietrzanie pomieszczeń, brak światła, wdechanie pyłu drażniącego, niektóre zatrucia a zwłaszcza alkoholizm stanowią najpotężniejszych sojuszników lasecznika gruźliczego.

Zawód lekarski należy do najwięcej zagrożonych; szczególnie wśród młodych, wśród studentów, czyni gruźlica największe spustoszenia. Dwa czynniki sprzyjają temu najbardziej, a mianowicie: zakażenie nieuniknione skutkiem stykania się z chorymi i przemęczenie, powodowane wytężoną pracą przedegzaminacyjną, lub przedkonkursową. Rzeczywiście, większość przypadków zdarza się wśród eksternów, po odbytej praktyce na oddziale gruźliczym, przed lub wkrótce po konkursie na interna. Związek eksternów szpitali rozporządza następującemi danemi statystycznemi: na 150 eksternów czynnych stwierdzono w roku 1926—7 przypadków gruźlicy; a podczas okresu 1920 — 1926 wśród 400 eksternów 4 zmarło na gruźlicę,

Personel szpitalny również dostarcza liczne ofiary. *Letulle* podaje, że większość Sióstr Szarytek w Paryżu umiera na gruźlicę[1]). Od roku 1875 do 1899 na 110 przypadków śmierci, 82 były spowodowane gruźlicą.

Co się tyczy personelu pielęgniarskiego, to w rozprawie *d'Eugène'a* znajdujemy następujące liczby: wśród 4.470 pracowników szpitali Paryskich stwierdzono 526 gruźlików, co wynosi 11,76%.

Oczywiście personel pielęgnujący gruźliczych jest narażony na szczególnie wielkie ryzyko zawodowe. Personel ten powinien być starannie dobierany i składać się wyłącznie z pielęgniarzy, czy też pielęgniarek, bezwzględnie zdrowych, w pewnym wieku, a zwłaszcza odpowiednio pouczonych o konieczności zachowania niezbędnej ostrożności, w celu uchronienia przed zakażeniem.

Praczki są również wystawione na niebezpieczeństwo schorzenia gruźliczego, a to wskutek wdychania pyłu, pochodzącego z chustek do nosa i bielizny gruźlików, a zawierającego laseczniki. *Landouzy* wykazał częstość występowania gruźlicy u praczek okolic Paryża. Ze statystyk zebranych przez jego oddziały wypada, że gruźlica w tym zawodzie powoduje 75% zgonów wśród mężczyzn i 56% wśród kobiet. Dezynfekcja bielizny, w tej postaci, jak ją wykonywują przychodnie przeciwgruźlicze stanowi zupełnie nieodzowny środek zapobiegawczy.

Ze wszystkich czynników związanych z zawodem i sprzyjających rozwojowi gruźlicy największą rolę odgrywają pył i kurz.

Zawody mające do czynienia z pyłem o cząsteczkach twardych (rzeźbiarze, kamieniarze, polerownicy kamieni i t. p.) są szczególnie skłonni do schorzeń gruźliczych, prawdopodobnie wskutek powierzchownych obrażeń jamy ustnej, gardzieli, a być może i płuc wywołanych twardemi cząsteczkami pyłu.

Ciosacz kamieni nie może wykonywać swego zawodu dłużej niż 13 lat, polerownik kamieni rzadko tylko osiąga wiek 35 letni.

([1] I u nas rzecz się ma podobnie Przyp. Red.

Robotnicy zmuszeni do wdechania pyłu krzemowego są, jak się zdaje, szczególnie narażeni. *Desayre* znalazł śród nich 50—60% gruźlików. Robotnicy zajęci w kopalniach kwarcu w Tasmanji, nożownicy, bezustannie wdychający pył krzemowy podczas ostrzenia swych wyrobów na kamieniach z piaskowca, robotnicy fabryk porcelany (*Juhaux*) często zapadają na gruźlicę. Co prawda, u ostatnio wymienionych i alkoholizm wywiera pewien wpływ.

Gardner i Colle badali sposób działania pyłu krzemowego. Do obrażeń śluzówki dróg oddechowych, co zawsze było podnoszone, dołącza się, jak się okazuje, jeszcze i wytwarzanie się w płucach związków koloidalnych bardzo złożonych, o działaniu nader szkodliwem dla tkanki płucnej.

W przemyśle perłowej macicy *Voridge i Havens* w 1920 roku stwierdzili dość duży odsetek gruźlicy; z 12 tokarzy 7, z 33 przykrawaczy 22 byli chorzy.

Robotnicy zajęci w kopalniach cyny wykazują podług statystyki Prudential Company w Nowym Jorku 40% zgonów na gruźlicę.

Pyły pochodzenia organicznego, jakie się wytwarzają w fabrykach tytoniowych, fabrykach grzebieni, lub podczas przesypywania ziarna, są również bardzo szkodliwe. Podobnie pył drzewny, wdechany przez stolarzy i innych rzemieślników zajętych obrabianiem drzewa.

Kurz pochodzący ze starych mebli zawiera często laseczniki, i powietrze sal licytacyjnych jest szczególnie niebezpieczne. Stwierdzono, że wśród Sawojczyków, zatrudnionych w salach licy tacyjnych Paryża, choruje na gruźlicę 72%.

U piekarzy i cukierników gruźlica również jest nader częsta. Na zjeździe przeciwgruźliczym w 1905 r. *Barral* podał, że pośród około 400,000 pracowników piekarskich we Francji 28,000 było chorych na gruźlicę. Statystyki amerykańskie wykazują nieco mniejsze liczby (35% zgonów na gruźlicę wśród piekarzy). Liczby te nikogo nie powinny dziwić, jeżeli wziąć pod uwagę olbrzymią ilość pyłu, wśród którego żyją piekarze, brak higjeny w piekarniach, przemęczenie, związane z wyrobem ciasta. Maszynowe miesienie ciasta wydaje się najlepszym środkiem ku opanowaniu gruźlicy w tym zawodzie. Przez mechanizację piekarń możnaby usunąć nadmierne zmęczenie i przebywanie pracowników w warunkach mało zdrowotnych; a jednocześnie udałoby się wyłączyć możliwość zarażenia chleba.

Wysoka śmiertelność na gruźlicę pomiędzy pracownikami poczty stoi w związku z długiem przebywaniem w pomieszczeniach często niehigjenicznych i z wpływem kurzu. *Landouzy* i *Doyon* wykazali, jak dużą rolę w zakażeniu odgrywają worki pocztowe, wleczone po peronach dworców i wstrząsane podczas otwierania.

Ale i policjanci nie są oszczędzani; liczymy wśród nich około 37% gruźlików, co może wydawać się dziwnem u ludzi, którzy spędzają większą część dnia na ulicy. Wskazywano na szkodliwe wpływy wywierane przez słotę, zmiany temperatury i t. d. Opłakany stan higjeniczny urzędów policyjnych odgrywa bezwątpienia również dużą rolę. Kelnerzy, szynkarze i dorożkarze padają ofiarą alkoholizmu, a następnie dopiero gruźlicy.

Tak samo przedstawia się sprawa z prostytutkami, które jednak szczególnie są wystawione na zakażenia lasecznikami Kocha i u których znużenie i rozpusta, a również i przebywanie w pomieszczeniach źle oświetlonych i źle przewietrzanych stanowią główne czynniki, wywołujące osłabienie ustroju. W 1905 r. *Spillmann* znalazł wśród prostytutek w Nancy 36% gruźliczek, a w 1909 r. *Bernheim* i *Diamantberger* 197 wśród 480.

Znużenie, przemęczenie, odżywianie niedostateczne jakościowo i ilościowo powodują w niektórych zawodach stan wyczerpania, nadzwyczaj sprzyjający wybuchowi sprawy gruźliczej. W podobnych warunkach znajdują się liczne szwaczki, osoby zatrudnione w handlu, służba domowa. Podług jednego z zestawień statystycznych *Landouzy'go*, obejmującego 933 przypadki gruźlicy, liczba służących wynosiła 246, a szwaczek 107. *Josserand* podnosi częstość schorzeń gruźliczych i swoisty ich przebieg u robotników i robotnic w przemyśle jedwabiu. Robotnicy ci żyją skromnie i umiarkowanie, lecz w pomieszczeniach niezdrowych, źle wietrzonych i oświetlonych.

Praktyki ascetyczne łącznie z możliwością zakażenia w razie obecności w kla-

sztorze gruźlika prowadzą do podobnych wyników; oto czemu gruźlica czyni spustoszenia niekiedy i w klasztorach.

Podług *Brouardel'a* bardzo często spotykamy gruźlicę wśród nauczycieli; odsetek chorych wynosi tu około 33%. Ze stanowiska społecznego ta zawodowa gruźlica jest szczególnie niebezpieczna, wobec możliwości zakażenia uczniów lub uczennic.

Wojsko i marynarka podobnież mogą stanowić środowisko sprzyjające wybuchowi, lub też szerzeniu się gruźlicy. *Lemoine* podaje, że od roku 1888 w wojsku francuskiem gruźlica stopniowo się wzmaga; częstość schorzeń z 5 podniosła się do 10 na 1000. Najczęstszą przyczyną jest tu zakażenie bezpośrednie, lecz jednak znużenie fizyczne i wyczerpanie odgrywają również pokaźną rolę, jako czynniki uspasabiające. Stan ten pogorszył się jeszcze podczas wojny 1914 — 1918, a to wskutek pośpiesznego wcielania do szeregów licznych osobników z otwartą gruźlicą.

W marynarce wojennej, a również i handlowej, gruźlica jest zjawiskiem dość częstem. Podług *Dupuy* częstość schorzeń wynosi 1%, a ilość zgonów na gruźlicę w szpitalach wynosi 3%. Złe warunki higjeniczne, alkoholizm, łatwość zakażenia całej załogi w razie obecności w niej gruźlika łatwo tłumaczą ten odsetek. Większość przypadków spostrzegana była pośród mechaników i palaczy wystawionych na częste zaziębienia podczas wykonywania swej nadzwyczaj ciężkiej pracy.

O wiele więcej uspakajająco przedstawiają się statystyki innych zawodów, jak się wydaje, oszczędzanych przez gruźlicę.

Zwłaszcza ludność wiejska wykazuje liczby niskie, tak co do częstości schorzeń, jak i liczby zgonów na gruźlicę. Podług statystyk amerykańskich, a mianowicie zestawień Prudential Company, ogólna śmiertelność dla ludności wiejskiej w wieku pomiędzy 15 i 65 latami życia wynosi rocznie 5,13 na 10.000, a śmiertelność na gruźlicę tylko 0,8. Liczby te są wybitnie niższe, aniżeli w innych zawodach. Istotnie u rolników możliwość zakażenia jest mniejsza, aniżeli w każdym innym zawodzie. Przebywanie na powietrzu, w słońcu, umiarkowany tryb życia wszystko to wzmaga odporność tej warstwy społecznej. Niskie liczby schorzeń gruźliczych wśród rolników dają pojęcie o istnem marnotrawstwie żyć ludzkich, które ma miejsce w innych zawodach.

Niektóre wolne zawody, jak np. adwokaci, inżynierowie wykazują dość niskie liczby schorzeń. Dotyczy to również kupców.

Duchowieństwo podług statystyk angielskich i amerykańskich było do niedawna uważane jako wykazujące najniższe liczby % schorzeń gruźliczych. Obecnie straciło ono ten przywilej. Dwa inne zawody, rzecz dziwna o wiele więcej czynne, mają jeszcze lepszą statystykę; są to górnicy w kopalniach węgla i robotnicy zajęci przy wypalaniu wapna.

Już zdawna zwrócono uwagę na nizką śmiertelność na gruźlicę wśród górników w kopalniach węgla. Na zjeździe przeciwgruźliczym w 1905 r. *Fleury* podał u górników w Saint-Etienne bardzo niski odsetek zgonów na gruźlicę, mianowicie 2,58 na 1000; śmiertelność ogólna wynosiła wtedy 3,29 dla mężczyzn. Liczby dotyczące tego zawodu w statystykach Prudential Company są również bardzo niskie. Liczba zgonów na gruźlicę wynosiła w stosunku do ogółu zgonów (od 1910 — do 1912) 11,72%. Żaden inny zawód nie posiada tak pomyślnych danych statystycznych.

Fakt ten jest o tyle dziwniejszy, że górnicy pracują w atmosferze ciężkiej, wilgotnej i bez dostępu światła dziennego.

Wdechanie pyłu węglowego powodujące pylicę nie tylko więc nie sprzyja rozwojowi gruźlicy, lecz, jak się wydaje, wzmaga odporność ustroju względem tej sprawy chorobowej.

Robotnicy zajęci przy piecach do wypalania wapna posiadają, jak się wydaje, prawdziwą odporność względem lasecznika Kocha. Już w 1906 roku *Renon* zwrócił uwagę na zastanawiającą rzadkość występowania gruźlicy u robotników zajętych wypalaniem wapna w Yonne. *Fischberg* w 1909 otrzymał podobne wyniki. *Twedell* w 1922 r. urządził obszerną ankietę wśród zarządów wszystkich fabryk wapna i gipsu w Paryżu, w północnowschodniej części Stanów Zjednoczonych i w NowejSzkocji. Odpowiedzi były jednogłośne: żadne z tych przedsiębiorstw nie zanotowało ani jednego przypadku gruźlicy wśród swych robotników. Autor ten przypisuje to wdechaniu cząsteczek wapna, które wzmaga odporność ustroju w walce z prątkiem Kocha. Jak się zdaje zresztą podług nowszych ba-

dań *Gardnel'a i Dworskiego* wpływ ten zależy raczej od wapnia w jakimby on związku chemicznym nie występował, aniżeli od wapna. Autorowie ci osiągnęli podobne wyniki u zwierząt po wdechaniu pyłu z marmuru.

Niema chyba potrzeby wskazywać na ważność ustalenia względnej częstości gruźlicy wśród rozmaitych zawodów; staraliśmy się przedstawić choć pobieżnie zachodzące tu różnice. Nie ulega bowiem wątpliwości, jak cenne są te fakty dla rozumnej organizacji walki z tą plagą społeczną. Wiedząc, jakie zawody są więcej wystawione na niebezpieczeństwo, lekarze, higjeniści, socjolodzy będą z czasem w stanie ustalić odpowiednie zarządzenia, zmierzające do polepszenia warunków pracy. Będą też oni mogli wykryć i usunąć te przyczyny zakażeń, które są do uniknięcia. Czy naprzykład stwierdzenie nadzwyczajnej częstości gruźlicy wśród piekarzy nie stało się powodem, który zmusił Parlament do zniesienia pracy nocnej w piekarniach?

Zestawienia statystyczne stanowią z drugiej strony cenną wskazówkę dla poradni wyboru zawodu, dla lekarzy szkolnych, dla nauczycieli i nauczycielek i wreszcie dla samych rodzin, które wszak mają obowiązek odradzania wyboru zawodu szczególnie niezdrowego dzieciom słabowitym, u których usposobienie dziedziczne lub nabyte stanowi rękojmię, że stałyby się one pewną zdobyczą tej strasznej choroby.

Wreszcie w zawodach dostarczających gruźlicy szczególnie wielką liczbę ofiar, osoby znajdujące się na stanowiskach kierowniczych, pouczone przez odpowiednie zestawienia statystyczne, zrozumiałyby lepiej ciążące na nich obowiązki.

Objaśnione i kierowane przez lekarzy, zdołałyby one wykryć i usunąć wszystkie przyczyny zagrażające zdrowotności, a możliwe do uniknięcia; potrafiłyby również odnaleźć i wczas usunąć chorych zagrażających otoczeniu, a także wzmocnić odporność klasy robotniczej, polepszając ich dobrobyt i warunki ich egzystencji.

HENRI GARDERE

Wiek, a postacie kliniczne gruźlicy.

Zmiany anatomiczne, wywoływane przez gruźlicę, są jedne i te same w każdym wieku, ale rozwój i obraz kliniczny tego schorzenia posiada pewne cechy charakterystyczne dla rozmaitych okresów życia. Możnaby powiedzieć, że k a ż d y w i e k z a p a d a n a g r u ź l i c ę n a s w ó j s p o s ó b, a to wskutek charakterystycznych właściwości, terenów, służących podłożem dla rozwoju sprawy chorobowej.

Dziecko, zwłaszcza w ciągu pierwszych lat życia, stanowi teren dziewiczy, pozbawiony odporności, szczególnie wrażliwy na zakażenie gruźlicze. Skłonność do uogólnienia i szybkiego rozwoju sprawy jest jego smutnym udziałem. Gruźlica w tym wieku odznacza się najcięższym przebiegiem, wobec czego badanie dróg i sposobów dostawania się infekcji do ustroju, jak również badanie znaczenia dziedziczności i niebezpieczeństw zakażenia rodzinnego uzyskują szczególną ważność. Są one bowiem niezbędne do należytego kierowania usiłowaniami profilaktyki społecznej, dążącej do ochrony dzieci przed gruźlicą i znajdującej się obecnie w pełni swego rozwoju.

Odwrotnie człowiek dorosły jest podłożem uposażonem w maximum sił obronnych. Uczulony bardzo często wskutek uprzedniego przebycia dobrotliwych postaci gruźlicy znajduje się on w stanie allergji i przeciwstawia postępowi choroby potężne odczyny tkankowe, zmierzające do umiejscowienia i odgraniczenia sprawy i przeistaczające zmiany rozpadowe w zmia-

ny włóknisto-bliznowe. W tym okresie życia spostrzega się ogromną różnorodność postaci gruźlicy, tak ze stanowiska anatomicznego, jak i klinicznego. Postacie te były i są tematem niezliczonego mnóstwa prac ftizjologów; temu też zawdzięczamy wyjaśnienie i zrozumienie warunków patogenicznych, trudności rozpoznawczych, rokowania i metod leczniczych w najróżnorodniejszych przejawach gruźlicy.

U starców gruźlica występuje bardzo często, lecz odznacza się przebiegiem podstępnym, powolnym, często charłaczym; nie daje ona zazwyczaj wyraźnych objawów czynnościowych i wskutek tego nastręcza szczególne trudności rozpoznawcze. Te postacie starcze są nie tylko ciekawe ze stanowiska klinicznego; istnieje fakt zasługujący na szczególne podkreślenie, a mianowicie, że gruźlicy w wieku podeszłym stanowią czynnik wprost straszliwy w zakażeniu rodzinnem i to tembardziej niebezpieczny, że najczęściej nierozpoznany.

Nie zamierzamy bynajmniej przedstawić opis, a tembardziej klasyfikację, rozmaitych postaci klinicznych gruźlicy; ich nadzwyczajna różnorodność nie mogłaby się pomieścić w ograniczonych ramach pracy niniejszej. Chcemy jedynie uwypuklić niewątpliwe różnice tak kliniczne, jak i anatomiczne, które spostrzegamy w gruźlicy w rozmaitych okresach życia i wykazać dla każdego z tych okresów te poszczególne zagadnienia, które zasługują na szczegółowe omówienie.

I. Gruźlica niemowlęcia.

Kiedyś uważano gruźlicę u niemowlęcia za zjawisko wyjątkowe. Obecnie wiemy wszyscy, że nie należy ona do rzadkości. Statystyki szpitalne, poparte badaniem anatomicznem (*Landouzy, Queyrart, Aviragnet. Léon Bernard, Comby, Hutinel*) wykazują, że gruźlica powoduje od 33 do 38% zgonów wśród dzieci do dwóch lat. Wyniki, otrzymane drogą odczynu tuberkulinowego skórnego lub śródskórnego, potwierdzają powyższe w zupełności: na podstawie badań wielkiej liczby niemowląt *Pirquet* oblicza wynik dodatni odczynu na 3%; *Hamburger* 4,5%, *Jacob* 7,3%, *Paisseau i Tixier* 14,3%. Liczby te podlegają wahaniom zależnie od klasy społecznej, w której badania były przeprowadzone, lecz częstość występowania gruźlicy u niemowląt wykazują one wszystkie niezbicie i wyraźnie.

M l e k o k r o w y c h o r e j n a p e r l i c ę oczywiście niegotowane, może stać się przyczyną zakażenia, aczkolwiek naogół dość rzadko. W rzeczywistości z a k a ż e n i e d z i e c k a p r z e z r o d z i c ó w c h o r y c h n a g r u ź l i c ę p ł u c n ą jest najczęstszym czynnikiem infekcji. Zakażenie takie może nastąpić bardzo prędko. Niemowlęta, pozostawione tylko w ciągu kilku godzin w styczności z matką chorą na gruźlicę rozpadową, mogą uledz zakażeniu.

Przeciw temu poglądowi na częstość zakażenia rodzinnego, występującego po urodzeniu się dziecka, przemawiają najnowsze prace, które wykazały możliwość przenikania przezłożyskowego jadu gruźliczego, a to dzięki istnieniu p o s t a c i p r z e s ą c z a l n y c h tego jadu. Jednakże praktycznie rzecz biorąc, dzieci matek gruźliczych, oddzielone od nich po urodzeniu, nie zapadają zwykle na gruźlicę. G r u ź l i c a w r o d z o n a, łącząca się zwykle ze zmianami gruźliczemi łożyska i pępowiny, istnieje bezwątpienia, lecz zdarza się tylko wyjątkowo: z a k a ż e n i e d z i e c k a p o u r o d z e n i u p r z e z r o d z i c ó w d o t k n i ę t y c h g r u ź l i c ą o t w a r t ą — oto prawidło dla ogromnej większości przypadków.

1. D r o g i p r z e n i k a n i a l a s e c z n i k ó w. G r u ź l i c a g r u c z o ł o w o p ł u c n a. Lasecznik gruźlicy dostaje się do ustroju niemowlęcia dwoma głównemi drogami: przez drogi oddechowe, albo przez przewód pokarmowy. Nie będziemy przytaczali licznych rozważań i badań doświadczalnych, które miały wykazywać, zależnie od autorów, przewagę bądź jednej bądź drugiej drogi. Opierając się jedynie na wynikach badań zwłok niemowląt gruźliczych wydaje się, że p r z e w ó d p o k a r m o w y o d g r y w a m n i e j s z ą r o l ę w z a k a ż e n i u, n i ż d r o g i o d d e c h o w e. Podczas gdy gruczoły krezkowe są najczęściej nie dotknięte sprawą, prawie zawsze można stwierdzić w obrębie płuc i gruczołów tchawicowo-oskrzelowych zespół charakterystycznych zmian, składających się z małego, odgraniczonego ogniska gruźliczego w płucu i zserowacenia gruczołów okolicowych wnęki lub śródpiersia. Jest to t. zw. owrzodzenie inokulacyjne, opisane przez *Parrot'a*. Lasecznik wkroczył przez drogi oddechowe, wywołał umiejscowioną zse-

rowaciałą zmianę w płucu i zajął gruczoły okolicowe, które, przynajmniej na jakiś czas, wytworzyły barjerę dla dalszego szerzenia się i uogólniania sprawy.

2. Postacie postępujące. Co się może stać z ogniskiem gruczołowopłucnem? Zmiany powyższe mogą pozostawać przez krótszy lub dłuższy czas nieczynne, albowiem dzieci z małym gruzełkiem lub zserowaceniem gruczołów tchawicowo-oskrzelowych mogą mieć znakomity i kwitnący wygląd.

Lecz jednak nie jest to najczęstszą możliwością. Gruźlica noworodka i niemowlęcia posiada wybitną skłonność do dalszego rozwoju i uogólniania się. W krótkim czasie u dziecka powstają zaburzenia przewodu pokarmowego, dziecko chudnie, stan ogólny odżywienia podupada, zjawiają się gorączka i objawy gruźliczego zapalenia płuc zrazikowego, albo też prosówki z sinicą, objawami zapalenia opon mózgowych, co prowadzi raptownie do zejścia śmiertelnego.

W innych przypadkach przebieg jest o wiele powolniejszy i wytwarza się postać uogólnionej gruźlicy, przebiegającej przewlekle i bez gorączki, lecz z wzmagającem się charłactwem, przerostem wątroby, śledziony i gruczołów obwodowych—stan opisany przez *Marfan'a*. Napotykamy niekiedy u niemowlęcia i przewlekłą gruźlicę płuc rozpadowoserowaciejącą, rozwijającą się w ciągu kilku miesięcy i wywołującą powstawanie jam. Należy zwrócić uwagę, jako na szczególną właściwość tej postaci, na nieobecność prawie zupełną objawów czynnościowych i na bardzo często spostrzegany brak podniesień ciepłoty, pomimo istnienia rozległych zmian rozpadowych, wytwarzających niekiedy obraz zapalenia płuc serowaciejącego.

Gruźlica skórna, gruczołowa, chirurgiczna.

Również często spostrzega się u niemowląt zajęcie gruźlicze gruczołów szyi, pachy, pachwiny. Gruczoły początkowo twarde, wyczuwalne, niebolesne prowadzą później do zbiorowisk ropnych, pozostawiających po sobie wciągniętą bliznę — oznąkę nieomylną gruźlicy, przebytej w dzieciństwie. W skórze gruźlica przejawia się w postaci tuberkulidów grudkowo-martwiczych, różowych guzków rozsianych na tułowiu i kończynach z owrzodzeniem ośrodkowem i towarzyszącemi im wciągniętemi bliznami o brunatnych brzegach. Guzy skórne, wielkości ziarna soczewicy lub orzeszka, umiejscowiają się zwłaszcza w okolicy krocza, pośladków i w sąsiedztwie odbytu. Powstają z nich owrzodzenia o brzegach fjoletowych, podminowanych, pozostawiające po sobie sinawe blizny.

Również często spostrzegamy rozdęcie kości (*spina ventosa*), gruźlicę kręgów, gruźlicę stawów. Odwrotnie, do zjawisk rzadkich należą: gruźlica otrzewnej, opłucnej, gruczołów krezkowych i jądra.

Rozpoznanie i rokowanie. Rozpoznanie gruźlicy u niemowlęcia nastręcza często duże trudności wobec częstości postaci nieczynnych, lub przebiegających z słabem nasileniem objawów czynnościowych i ogólnych nawet w przypadkach, gdy zmiany są rozległe i uogólnione. W praktyce od trzech rzeczy możemy oczekiwać cennych i ścisłych wskazówek: od wyniku odczynu tuberkulinowego skórnego, który to odczyn stanowi najlepszy środek do wykrycia gruźlicy utajonej, od radjoskopji, która pozwala stwierdzić prawie zawsze zajęcie gruczołów wnękowych lub oskrzelowych i wreszcie od zbadania starannego rodziców, co prowadzi często do wykrycia u nich ogniska płucnego, źródła laseczników w plwocinie, stanowiącego najgłówniejszą przyczynę zakażenia niemowląt.

Obecność zmian gruźliczych u noworodka wymaga zawsze rokowania dość powściągliwego, biorąc pod uwagę skłonność do dalszego rozwoju zmian i do uogólnienia sprawy.

Śmiertelność osiąga wysoki poziom, a mianowicie około 80%. Postacie najwięcej podatne leczeniu są to gruźlica skórna i chirurgiczna; rokowanie jest tu ściśle związane z zachowaniem się stanu ogólnego. Jeżeli ten ostatni jest mało upośledzony, dziecko może wyzdrowieć, ale tylko pod warunkiem usunięcia wszelkiej możliwości ponownych infekcyj, czyli odseparowania dziecka od ogniska zakażenia rodzinnego.

II. Gruźlica dzieci starszych i dzieci w wieku szkolnym.

Z chwilą, gdy dziecko przestaje odżywiać się wyłącznie mlekiem i gdy rozpo-

czyna chodzić i dotykać otaczające je przedmioty, oczywiście przyczyny i możliwości infekcji stają się nierównie liczniejsze.

Krzywa śmiertelności na gruźlicę, dość niska w wieku poniżej dwóch lat, wzrasta następnie raptownie; osiąga swój najwyższy poziom u dzieci czteroletnich, później powoli stopniowo zmniejsza się do nastania okresu pokwitania. Nagłe wzniesienie się krzywej po przekroczonym drugim roku życia odpowiada zwiększeniu się możliwości zakażenia; natomiast rozpoczynający się od wieku czteroletniego stopniowy spadek krzywej, pomimo, że możliwości zakażenia istnieją nadal w niezmniejszonej liczbie, świadczy niezbicie o wzmaganiu się odporności równolegle z wiekem. Skutkiem wzmożenia się odporności występują na widownię nowe postacie kliniczne.

Odczyn skórny traci swe znaczenie rozpoznawcze. Jeżeli u niemowlęcia wszelkie zakażenie gruźlicze wywołuje postępującą sprawę swoistą, u dzieci starszych rzecz się ma inaczej: dużo osobników wykazuje odczyn dodatni, nie będąc jednak gruźlikami. Są oni tuberkulizowani, lecz bynajmniej nie są chorzy.

Postacie ostre prosówkowe są rzadziej spostrzegane, częściej natomiast występują zapalenia płuc zrazikowe i serowaciejące. Postacie gruźlicy gruczołowo-płucnej stają się w większości swej uleczalne, podczas gdy u niemowlęcia gruźlica prawie niechybnie prowadziła do śmierci.

1. Gruźlica gruczołowo-płucna dzieci w wieku szkolnym. Pierwsze zakażenie gruźlicze prowadzi zawsze do powstania zmiany płucnej, połączonej z odczynem gruczołów śródpiersia. Może to przejść niepostrzeżenie, spowodować znikome tylko odczyny tkankowe, lecz wystarcza zawsze do wywołania stanu allergji; dziecko niema gruźlicy, lecz jest tuberkulizowane. Uzyskało ono pewien stopień odporności, pozwalającej mu przeciwstawić się następnym zakażeniom.

W innych przypadkach zmiany anatomiczne są rozleglejsze. Ognisko płucne zabliźnia się, lecz powstaje zajęcie gruczołów tchawicowo-oskrzelowych, niekiedy bardzo znaczne. Gruczoły ulegają zserowaceniu, zawierają prątki żywotne, rozsiewają po całym ustroju jady rozpuszczalne i mogą stać się źródłem dla nowych wędrówek i rozsiewu drobnoustrojów.

Ten rodzaj gruźlicy gruczołowej charakteryzuje się zaburzeniami ogólnemi, wywołanemi wchłanianiem się toksyn. Dzieci takie są prawdziwymi gruźlikami. Postać ta jest częsta pośród dzieci w wieku szkolnym. Znaczenie wczesnego wykrycia tych postaci jest bardzo wielkie, gdyż sprawy te są jeszcze uleczalne pod warunkiem, że dziecko zostanie zabezpieczone przed możliwością zakażeń ponownych z zewnątrz.

Dzieci takie mają wygląd słabowity, klatkę piersiową wydłużoną i wąską, cienkie kończyny, źle rozwinięte i wiotkie mięśnie, odstające łopatki. Włosy i rzęsy o jasnem, lub lekko rudawem zabarwieniu, są długie i obfite. Dzieci te zapadają często na zapalenie powiek, spojówek, zapalenie pryszczykowe rogówki.

W innych znowu przypadkach kościec jest źle rozwinięty, można nawet niekiedy spostrzegać prawdziwą karłowatość na tle gruźliczem i trzeba ją umieć odróżnić od dziedziczno-przymiotowej i wywołanej niedomogą tarczycy.

Zakażenie gruźlicze może się również klinicznie ujawnić jako niedokrewność z bladością stałą skóry i śluzówek. Dziecko jest małomówne, nie bawi się, dostaje bicia serca przy najmniejszym wysiłku. Stan ten nasuwa myśl o niedokrewności pasorzytniczej, albo, u większych dziewczynek, o blednicy; ale wiele tak zwanych „blednic" są niczem innem jak niedokrewnością wywołaną przez gruźlicę.

Wreszcie nie należy do rzadkości zespół długotrwałych zaburzeń trawiennych z wyniszczeniem. Łaknienie jest upośledzone, kapryśne, trawienie jest zaburzone, niekiedy zdarzają się wymioty. Zaburzenia ze strony jelit polegają na naprzemian występujących biegunkach i zaparciach, albo napadach śluzowobłoniastego zapalenia jelit. (*Enteritis mucomembranacea*).

Gruźlica gruczołowo płucna przybiera w ten sposób postać schorzenia zupełnie banalnego, rozpoznanie istotnego stanu rzeczy nabiera przeto tem większego znaczenia.

Kaszel jest często nieobecny, a gdy bywa, jest często wywoływany przewlekłemi sprawami nosa i gardzieli. Kaszel o charakterze krztuścowym po-

winien nasunąć myśl o istnieniu schorzenia gruczołów tchawicowooskrzelowych. Za pomocą wysłuchiwania nie zawsze można rozpoznać zajęcie gruczołów śródpiersia, gdyż pomyłki są bardzo łatwo możliwe. Badanie bakterjologiczne plwocin zawodzi u dziecka, które zwykle nie odpluwa, lecz połyka plwociny. Płucząc żołądek możemy wydobyć plwocinę, ale bardzo rozcieńczoną, co utrudnia ogromnie wykrycie prątków. Badanie stolca jest już lepszym i wygodniejszym środkiem i daje dość pokaźny odsetek wyników dodatnich.

Lecz nie należy czekać na powstanie sprawy otwartej, aby rozpoznać u dziecka gruźlicę gruczołowo płucną. Radjoskopja i badanie otoczenia umożliwiają najłatwiej wykrycie gruźlicy dziecięcej.

Radjoskopja u dzieci natrafia na szczególnie sprzyjające warunki, dzięki cienkości ścian klatki piersiowej; uwidocznia ona duże zmiany gruczołowe, zwłaszcza o charakterze serowaciejącym. Również ogniska płucne, o ile są obecne, są widoczne na ekranie. Jednakże i radjoskopja nie jest w stanie ustalić rozpoznania w licznych przypadkach, wymagających jednak leczenia.

Badanie otoczenia daje tu bardzo cenne wyniki. Za każdym razem, gdy u dziecka w wieku szkolnym znajdujemy wyżej opisane objawy, nie uzasadnione widoczną przyczyną, możliwość sprawy gruźliczej powinna być wzięta pod uwagę i otoczenie dziecka starannie zbadane. Należy zbadać plwocinę rodziców i domowników, należy dążyć wszelkimi sposobami do wykrycia ogniska zakaźnego w otoczeniu dziecka. Poszukiwania odnośne są powierzone w niektórych wielkich miastach, w tej liczbie w Lugdunie, wizytatorkom higjenistkom, które współpracują z poradniami i radami pedagogicznemi. Byłoby bardzo pożądane, aby tego rodzaju organizacje istniały wszędzie.[1])

2. Zołzy gruźlicze i postacie chirurgiczne. U dzieci z objawami ogólnymi na tle gruźliczem spostrzegamy często powiększenia gruczołów szyjowych. Są one duże, niebolesne, wyczuwalne. Gruczoły te są uzewnętrznieniem schorzenia gruczołów śródpiersia. Ta *micropolyadenitis* może rozwinąć się w zajęcie typowe gruczołów rozlicznych obszarów limfatycznych — szyi, pach, pachwin. Mogą one zropieć, spowodować powstanie owrzodzenia lub przetoki o brzegach podminowanych, sinawych, wydzielającej kłaczkowatą ropę. Pozostają po nich trwałe, wciągnięte lejowato blizny: dziecko jest chore na zołzy.

Zołzy nie są schorzeniem wyłącznie gruźliczem, mogą one powstawać na tle wrodzonego przymiotu i niektórych spraw zakaźnych skórnych; lecz zołzy gruźlicze są bezwzględnie najczęściej spostrzegane. Niekiedy widzimy u dzieci, zwłaszcza na szyi, nacieczenia o zabarwieniu sinawem. Na nacieczonej skórze widzimy otwory przetok wydzielających ropę. Jeżeli zapomocą płytki szklanej uciśniemy skórę, to zobaczymy żółte punkty toczeniowe; — a za pomocą obmacywania stwierdzimy w głębi obecność twardych gruczołów: jest to postać skórnogruczołowa gruźlicy — liszaj zołzowy rozpływny — *scrophuloderma.*

Ropa, wydzielająca się z przetok, obfituje w laseczniki, o czem należy wiedzieć, gdyż może ona być powodem do zakażenia otoczenia, jak o tem świadczy przypadek, który zawdzięczamy uprzejmości d-ra Gaté.

Historja choroby.

„Dziewczynka 16 letnia, w bardzo dobrym stanie zdrowia. Rodzice zdrowi. Rodzeństwo zdrowe. Nigdy nie chorowała. Po odesłaniu jej do szkoły, zdala od rodziny, wystąpiły po sześciu miesiącach objawy *„typhobacillose“*, a następnie zapalenie zrazikowe płuc gruźlicze, co w krótkim czasie spowodowało śmierć.

Wywiady i badania wykazały, że jedna z koleżanek i najbliższa sąsiadka chorej była dotknięta skórno—gruczołową postacią gruźlicy, (*scrophuloderma*) okolic podżuchwowej i szyjowej. U dwu innych koleżanek chorej również rozwinęła się gruźlica, u jednej z zejściem śmiertelnem“.

Liszaj zołzowy należy odróżniać od tocznia, dość często występującego, lecz nie zaraźliwego, podczas gdy gruźlica skórnogruczołowa stanowi niebezpieczny czynnik w sensie rozsiewania.

Gruźlica może się wreszcie ujawnić w postaci zmian kostnych lub stawowych, występujących często, albowiem u dziecka prątek gruźliczy zdradza względem układu kostnego większą wybiorczość, aniżeli u dorosłego.

[1]) I u nas ta sprawa jest rozpoczęta. Przyp. Red.

3. Postacie postępujące i ostre. Stany gruźlicze, które tu chcemy opisać, mogą się uogólniać albo jako prosówka, raptownie powodująca zejście śmiertelne, albo wywoływać szybko postępujące zmiany płucne.

Jako przyczyny tych spraw należy przytoczyć: częstotliwe zakażenia w środowisku rodzinnem, ostre schorzenia wysypkowe, krztusiec, schorzenia zakaźne osłabiające odporność.

Gruźlica płucna u dzieci przebiega zwykle źle.

Zapalenie płuc zrazikowe rozpadowe obustronne należy do postaci najczęstszych, zapalenie płuc płatowe rzadziej się spostrzega.

Niektóre ostre sprawy płucne mają rokowanie mniej beznadziejne, a mianowicie umiejscowienia sprawy w opłucnej międzypłatowej, w opłucnej na podstawie płuca, „*spléno-pneumonies*“ zapalenia opłucnej surowiczowłóknikowe. Odnosi się to też do gruźlicy otrzewnej, do *polyserositis*, do „*typhobacillose*“. Lecz często te schorzenia są tylko początkową postacią, a po nich następuje gruźlica gruczołowopłucna.

Rokowanie. Rokowanie jest o wiele lepsze, aniżeli w gruźlicy wczesnego dzieciństwa. Jeżeli wyłączyć prosówkę, zapalenie płuc zrazikowe i zapalenie płuc rozpadowe, można powiedzieć, że w większości przypadków gruźlica dziecięca należy do rzędu chorób uleczalnych. Im starsze jest dziecko, tym większe ma szanse na wyzdrowienie, albowiem dane statystyczne wykazują wyraźnie, że śmiertelność na gruźlicę zmniejsza się od wieku czterech lat aż do okresu pokwitania.

Przedewszystkiem trzeba chronić dziecko przed częstotliwem zakażeniem w środowisku zakaźnem rodzinnem. Analizując dane charakterystyczne dla gruźlicy dziecięcej widzimy jak wyraźnie i niezbicie uwypukla się znaczenie wyśledzenia ognisk zakażenia gruźliczego przy pomocy akcji społecznej.

III. Gruźlica u dorosłych.

W wieku młodym, a również i w wieku dorosłym w przeważającej liczbie przypadków ustrój znajduje się w stanie odporności. Stanowi to wskazówkę, a zarazem i ślad przebytego lekkiego zakażenia gruźliczego.

Większość ludzi w tym wieku posiadają ten ślad w postaci zabliźnionego gruzełka w płucu, lub kilku włóknisto zwyrodniałych gruczołów, które swego czasu odegrały rolę ostatecznej barjery. Jednakże prątki zawarte w tych dawnych ogniskach nie utraciły całkowicie swej jadowitości i zdolności do rozmnażania. Mogą one odzyskać swe siły, konieczne do wykonania ponownego ataku na ustrój, który dotychczas bronił się zwycięsko. Zdrowie jest stanem pewnej równowagi pomiędzy siłami obronnemi ustroju z jednej, a liczbą i jadowitością drobnoustrojów z drugiej strony. Niech tylko dla jakiegokolwiek powodu, przemęczenia, złego odżywiania, osłabiającej sprawy zakaźnej siły te ulegną osłabieniu, a rozwinie się gruźlica postępująca, spowodowana uczynnieniem ponownem zabliźnionego ogniska.

Ten bieg rzeczy spostrzegamy w sporej liczbie przypadków gruźlicy postępującej u dorosłych. Jednakże również często napotykamy w otoczeniu naszych chorych, w ich rodzinie, w pracowni i t. d. osobników z plwociną zawierającą laseczniki. Osobnicy ci stanowią źródło zakażenia tem groźniejszego, że wielokrotnego i, co do ilości prątków, często „masywnego“. Odgrywa to niemniejszą rolę w wywołaniu aktywacji gruźlicy, niż osłabienie podłoża; częstokroć obydwa czynniki działają jednocześnie.

Jakiby czynnik nie wzniecił rozwój ponowny sprawy, zawsze napotka on w ustroju dorosłym na znaczny opór. Ustrój dorosły nie tylko walczy z rozsiewaniem się prątków na drodze krwionośnej i z zatruciem jadami gruźliczemi za pomocą odczynów humoralnych, lecz uruchamia jeszcze dążność rozrostową tkanki łącznej, za której pomocą usiłuje odgraniczyć i umiejscowić ognisko gruźlicze w dotkniętym narządzie.

Im starszy osobnik, w tym większym stopniu jest on zdolny do rozwoju tkanki bliznowej, zamykającej, jakby w więzieniu, napastujące go laseczniki.

Z tych względów gruźlica prosówkowa, jak też i rozpadowa właściwa, stanowią u większości chorych dorosłych tylko postacie końcowe gruźlicy płuc, powstałe

wskutek porażki ustroju, osłabionego już prowadzeniem długotrwałej walki.

I. Gruźlica włóknisto-nawałowa. *Tuberculosis fibro-congestiva*, gruźlica błon surowiczych. Są to postacie charakterystyczne dla osobników odpornych. Po okresie osłabienia i nieznacznego schudnięcia występuje nagle krwioplucie, połączone ze stanem gorączkowym i uporczywym kaszlem. W jednym lub drugim szczycie stwierdzamy rzężenia. Radjoskopja wykazuje ograniczone zaciemnienie; w plwocinie mogą się znajdować laseczniki.

Ale na stanie ogólnym schorzenie prawie nie odbija się, ciepłota spada, rzężenia znikają. Nieco później, a niekiedy nawet po kilku takich zaostrzeniach sprawy, występują w jednym albo obydwóch szczytach objawy zbliznowacenia. Chory taki będzie miał rozedmę płuc, dychawicę, gościec przewlekły, lecz nigdy nie rozwinie się u niego postępująca sprawa płucna gruźlicza. Może on umrzeć z niedomogi serca lub wskutek wzmożonego parcia krwi, lecz nigdy na gruźlicę.

Opłucna może stać się dla prątków barjerą jeszcze więcej nieprzezwyciężoną, aniżeli włóknisto - nawałowe płuco. Gruźlica opłucnej powoduje powstanie wysięku surowiczowłóknikowego, w którym *Courmont* wykazał obecność ciał bakterjobójczych, wydzielanych przez opłucną. Ciała te poddaliśmy niedawno dokładnym badaniom: posiadają one zdolność zabijania prątków w hodowli, pod warunkiem że nie przekroczymy liczby 2000 prątków na $^1/_2$ c. sz. płynu wysiękowego. Wytwarzanie ciał bakterjobójczych, zbliżonych zresztą do swoistych przeciwciał i do zlepników i odchylających dopełniacz w obecności antygenu *Besredki*, stanowi objaw miejscowej obrony ustroju. Rzeczywiście, gruźlica opłucnej występująca pierwotnie, a nie wtórnie, jako następstwo gruźlicy płuc (w tych razach zdolność bakterjobójcza może być nieobecna) daje rokowanie nienajgorsze; leczy się szybko i całkowicie.

Gruźlica otrzewnej również w większości przypadków może być wyleczona, lecz naogół rokowanie w tem cierpieniu jest już gorsze. Odwrotnie, gruźlica osierdzia daje rokowanie wręcz złe, nie tylko wskutek możliwości ucisku na mięsień sercowy, lecz i dlatego, że jest ona zawsze połączona z ogniskiem płucnem albo z serowaceniem gruczołów śródpiersiowych.

2. Gruźlica rozpadowa i włóknisto rozpadowa. Gdy w miąższu płucnym utworzy się pewna ilość mas serowatych, które muszą być wydalone przez oskrzela, tak postać gruźlicy jak i rokowanie ulega zasadniczej zmianie.

Budowa swoista płuca — pęcherzyki łączące się z oskrzelami — jego ruchomość, jego ciągła wentylacja, wszystko to sprzyja rozsiewaniu prątków w postaci obostrzeń zapalenia płuc zrazikowego. Połykanie plwocin prędzej czy później prowadzi do zmian w jelitach. Aczkolwiek rozrost tkanki łącznej wokoło ogniska usiłuje je odgraniczyć, zwykle jednak nie jest w stanie zapobiec dalszemu szerzeniu się sprawy.

Nie dość na tem, w miarę powiększenia się powierzchni zajętej przez sprawę, gęsta sieć naczyniowa wchłania coraz to większe ilości toksyn, osłabiających ustrój i zmniejszających jego zdolność obronną.

Dla tych powodów zejście gruźlicy rozpadowej jest niepomyślne.

Zależnie od przewagi zmian rozpadowych, lub też włóknistych rozróżniamy postać rozpadową i włóknisto-rozpadową.

a) Postacie rozpadowe, zapalenie płuc zrazikowe ze zserowaceniem, zapalenie płuc rozpadowe stanowią t. zw. „suchoty galopujące". Szczególnie często spostrzegane są te postacie w wieku młodym od 15 do 20 lat i najczęściej latem, gdy osłabiony przez gorąco i zaburzenia trawienne ustrój mniej się im przeciwstawia.

Postacie obustronne zawsze i w szybkim czasie prowadzą do śmierci. Lecz dość często w okresie początkowym postacie rozpadowe są ściśle jednostronne. Doświadczenie poucza, że wcześnie zastosowany ucisk na płuco w postaci odmy sztucznej może doprowadzić do wyzdrowienia.

Konieczność wykonywania odmy sztucznej w podobnych przypadkach jest obecnie już poza wszelką dyskusją. Lecz jeszcze nie jest powszechnie uwzględniane, że w przypadkach gruźlicy rozpadowej u młodych założenie odmy sztucznej jest sprawą tak samo naglącą, jak otwarcie ropnia przywyrostkowego. Rokowanie tu zależy jeżeli nie od godzin, to w każdym razie od dni. Pod żadnym pozorem nie należy odkładać zabiegu, który dziś jeszcze może chorego uratować, a jutro być może okaże się już bezsilny.

b) Postacie włóknisto-rozpadowe widuje się przeważnie w wieku powyżej 25 lat. Im chory jest starszy, tem więcej drętwa jest postać gruźlicy, tem więcej skłonna do zmian włóknistych.

Tą najwięcej rozpowszechnioną postać spostrzegamy u olbrzymiej armji gruźlików przewlekłych, przepełniających szpitale i sanatorja. W przebiegu zdarzają się u nich niekiedy dość znaczne remisje, którym nie towarzyszy jednak odpowiednie polepszenie anatomiczne. Remisje umożliwiają wypisanie takich chorych i ich powrót na łono rodziny. Zupełna nieświadomość ich co do zapobiegania zakażeniu otoczenia powoduje, że szerzą oni mimowolnie zarazę w sposób zastraszający. Cały sekret olbrzymiego rozpowszechnienia gruźlicy znajduje w tym fakcie swe wytłumaczenie. Powszechność schorzeń gruźliczych jest uwarunkowana trybem życia współczesnego: wśród środowisk miejskich, wśród mrowia gruźlików ze zmianami włóknisto rozpadowemi. Przymusowa rejestracja powinna być kamieniem węgielnym wszelkiej dobrze przemyślanej walki z temi zaraźliwemi postaciami.

W obecnym stanie nauki musimy rozróżnić sprawy jedno- i obustronne. W przypadkach obustronnych, niema innej rady, jak leczenie wypoczynkowe. Chory musi przy pomocy swych własnych odczynów ustrojowych utorować drogę ku wyzdrowieniu. Zwykle jednak brak mu cierpliwości do przeprowadzenia leczenia całkowicie, albo też zbyt późno rozpoczyna się on leczyć i dlatego rokowanie w tej postaci jest tak niepomyślne.

Postacie jednostronne mogą być leczone za pomocą „collapsoterapji", co zmienia całkowicie stan rzeczy.

Plwocina wzmaga się początkowo pod względem ilościowym, następnie ilość jej się zmniejsza i wreszcie chory przestaje odpluwać. Ciepłota w tych szczęśliwych przypadkach opada, waga się podnosi. Gruźlik w ten sposób znajduje się w warunkach sprzyjających wyzdrowieniu tembardziej, że konieczność odnawiania odmy związuje go z lekarzem i zezwala na leczenie i ścisłą kontrolę. Ze stanowiska społecznego jest on mniej niebezpieczny, gdyż nie odpluwa on wcale, albo niewiele tylko i pobyt w szpitalu, czy sanatorjum, pouczył go, jak się ma zachowywać.

Wobec tego wskazania do założenia odmy powinny być zakreślone szeroko, tak w interesie chorego, jak i społeczeństwa. Obawa powstania surowiczego lub ropnego wysięku nie może być przeciwstawiana niebezpieczeństwu jednostronnej, lecz nie uciśniętej, sprawy. Wysięki te, zdarzające się zresztą rzadziej od czasu gdy zakładanie odmy dzięki zmniejszeniu ilości wprowadzanego azotu i mniejszym wahaniom ciśnienia stało się mniej brutalne, wchłaniają się dość często, albo też, istniejąc nadal, nie wywołują żadnych przykrych objawów. Wysoka zdolność bakterjobójcza płynu wysiękowego względem prątków Kocha stanowi być może czynnik sprzyjający wyzdrowieniu. W istocie, spostrzegaliśmy u naszych przewlekłych chorych poprawę, rozpoczynającą się w kilka dni po podniesieniu się ciepłoty, towarzyszącemu zazwyczaj nagromadzaniu się płynu.

Wyleczenie gruźlicy włóknistorozpadowej, czy otrzymane przy pomocy odmy, czy też bez jej stosowania, może nastąpić na drodze całkowitego przeistoczenia się włóknistego zmian postępujących. Sprawa się zabliźnia; albo raczej wykazuje zmiany włókniste i w tkance płucnej wytwarzają się twarde, włókniste wysepki o wyglądzie łupkowym.

4. Rokowanie. O ile jest rzeczą nader trudną sformułowanie należytego rokowania w każdym poszczególnym przypadku, o tyle nic niema łatwiejszego, jak skreślenie ogólnego schematu.

W postaciach włóknisto-nawałowych i w gruźlicy opłucnej wyzdrowienie następuje w przeważnej większości przypadków, lecz liczyć się trzeba z możliwością nawrotów, które niezawsze mogą się odznaczać tą samą dobrotliwością, co sprawa pierwotna. Chorych takich należy więc kontrolować przez dłuższy okres czasu.

Postacie włóknisto-rozpadowe mogą być wyleczone w okresach początkowych, a zwłaszcza gdy są jednostronne i może być zastosowana odma.

W postaciach rozpadowych zaawansowanych rokowanie zależy przedewszystkiem od tego, czy zmiany są jedno — czy też obustronne. W tym okresie niema większych szans na wyzdrowienie wrazie zmian obustronnych. Odwrotnie; w sprawach jed-

nostronnych, nawet pod względem anatomicznym dość daleko posuniętych, udaje się uzyskać wyniki pomyślne za pomocą terapji uciskającej, o ile tylko stan ogólny nie jest zbyt nadwyrężony, a zwłaszcza o ile badanie czynnościowe wątroby wykaże należyty współczynnik przyswajania związków azotowych.

Rokowanie w postaciach rozpadowych w wieku młodocianym jest bardzo niepomyślne, a to wskutek szybkiego postępowania sprawy. Jednakże zmiany jednostronne początkujące mogą być wyleczone metodą uciskającą (odma etc.)

IV. Gruźlica u starców.

Cechę charakterystyczną gruźlicy starczej stanowi powolność przebiegu i skąpość objawów klinicznych.

Podkreślić należy, że odczyny humoralne u starców przebiegają podobnie jak i w wieku dorosłym. Odczyn tuberkulinowy często może być spostrzegany, a w przypadkach gruźlicy czynnej można otrzymać odczyn zlepiania podług *d'Arloing i Courmont'a* w rozmaitem rozcieńczeniu. W niektórych przypadkach wreszcie w surowicy znajdują się swoiste przeciwciała, odchylające dopełniacz w obecności antygenu *Besredki*. W odczynach tych nie znajdujemy żadnej właściwości, która tłómaczyłaby, czemu ustrój starczy wykazuje względem prątków *Kocha* większą tolerancję.

Przyczyny szukać należy w skłonności do zwyrodnienia włóknistego narządów, występującego w wieku starczym w związku z licznemi przyczynami patologicznemi. Tej skłonności zawdzięcza ustrój starczy powolny przebieg gruźlicy.

We wszystkich przypadkach postępującej gruźlicy włóknistorozpadowej spostrzegamy walkę pomiędzy dwoma krańcowo przeciwnemi zmianami, mianowicie rozpadem i zbliznowaceniem. U starców, dla przyczyn jeszcze niewyświetlonych, przeważa skłonność do zbliznowacenia, co miejscowo prowadzi do przeistoczenia zmian swoistych w zmiany włókniste, mało skłonne do dalszego rozwoju.

Istota prawdziwa tych zmian bliznowych płuc była przez czas dłuższy nieznana i odnoszono je na karb innych zachorzeń. Sądzono wówczas, że gruźlica u starców należy do rzadkości. Obecnie wiemy, że odwrotnie jest ona sprawą nadzwyczaj częstą, co też podkreśliliśmy powyżej, jak również dużą rolę, którą ona odgrywa w zakażeniu rodzinnem.

Pic i Bonnamour na 194 sekcyj starców z przytułku *Perron'a* znaleźli zmiany gruźlicze w płucach w 151 przypadkach. Wśród tych 151 przypadków było 53 zmian bliznowych i 98 czynnych, czyli w 50% sprawa była czynną.

I. Gruźlica włóknista. Gruźlica w wieku starczym może przybierać wszystkie postaci opisane powyżej i charakterystyczne dla wieku dorosłego, lecz bezporównania najczęściej występuje jako sprawa włóknista.

Na sekcji widzimy w szczycie płuca ognisko twardej i grubej tkanki łącznej. Niekiedy zachowuje ono jeszcze sprężystość i przypomina wtedy masę gumową, niekiedy znowu napotykamy w niem złogi wapniowe. Te zmiany włókniste są impregnowane pyłem węglowym, nadającym im zabarwienie szare; noszą one miano zapalenia łupkowego *Laennec'a (pneumonie ardoisée de Laennec)*. W przeciwieństwie do blizn pomarszczonych, gwiaździstych, lub do drobnych blizneczek po gruźlicy tak dokładnie wyleczonej, że odczyn tuberkulinowy i odczyn surowiczy *S. Arloing'a i P. Courmont'a* wypadają ujemnie *(Courmont i Froment)*, wyżej opisane zmiany włókniste stanowią sprawę czynną, postępującą, aczkolwiek powoli, czego objawem są obostrzenia zapalne.

Wcale nierzadko można spostrzegać w głębi tkanki bliznowej mniejsze lub większe jamy o ścianach z grubej tkanki łącznej.

Klinicznie początek sprawy gruźliczej włóknistej u starca mało się ujawnia. Z wywiadów dowiadujemy się o przebytych w okresach zimowych nieżytach oskrzeli, lecz zazwyczaj chory taki jest uważany jako zwykły „bronchityk". Chorzy tacy są zwykle wychudzeni, o chudej cienkiej szyi i kończynach. Kaszlą uporczywie i odpluwają mało charakterystyczną plwocinę śluzoworopną, której ilość zmienia się zależnie od okresu choroby.

Badanie płuc u starców nastręcza spore trudności, gdyż ruchy klatki piersio-

wej są słabe i wskutek tego oddech jest płytki. Badanie fizykalne nie wykrywa więc zwykle jakichś wyraźniejszych objawów. Nad szczytem może istnieć przytłumienie; drżenie głosowe może być wzmożone, lub zmniejszone, zależnie od stanu opłucnej. Za pomocą wysłuchiwania stwierdzamy wydech chuchający „o charakterze włóknistym". Może on stanowić jedyny objaw wysłuchowy. Należy starać się wykryć, czy niema ściśle umiejscowionych rzężeń o charakterze świszczącym; po kaszlu udaje się niekiedy usłyszeć nieliczne śluzowe rzężenia, dość grubobańkowe z przydźwiękiem metalicznym. Kaszel też może ujawnić obecność jamy, dającej zwykle tylko minimalne objawy. Rozpoznanie na podstawie jedynie fizykalnego badania jest rzeczą trudną, albowiem objawy mogą być nadzwyczaj nikłe i ograniczać się naprzykład do obecności przytłumienia wypukowego i oddechowego.

Tem ważniejszą jest radjoskopja ukazująca wyraźne, niekiedy dość gęste zaciemnienie tam, gdzie się znajduje większe ognisko zmian włóknistych. Jednakże mogą być obecne więcej ograniczone, mniejsze zmiany dość źle widzialne na ekranie, zwłaszcza w płucu rozedmowem.

Badanie bakterjologiczne wykazuje obecność znacznej liczby prątków w plwocinie, szczególnie o ile badanie miało miejsce w chwili obostrzenia zapalnego. Jednakże i badanie bakterjologiczne może zawodzić w niektórych okresach choroby, mianowicie wtedy, gdy plwocina, aczkolwiek zawiera prątki, to wszakże w znacznie zmniejszonej liczbie.

W przypadkach trudnych wykonać należy odczyn skórny, a zwłaszcza odczyn surowiczy, które, gdy wypadną wyraźnie dodatnio, powinny wzmocnić podejrzenie w kierunku gruźlicy.

W przebiegu tych postaci gruźlicy włóknistej występują pogorszenia, obostrzenia zapalne, gdy ilość plwociny, a jednocześnie i obfitość w niej prątków, wzrasta wielokrotnie. Zaburzenia oddechowe występują wtedy wyraźniej, zaznacza się jeszcze osłabienie mięśnia sercowego, aczkolwiek do właściwej niedomogi serca sprawa zwykle nie dochodzi. O ile są obecne jamy wewnątrz tkanki włóknistej, to występuje zazwyczaj narastające osłabienie ogólne, przechodzące później w stan charłaczy, dzięki czemu postać jamista gruźlicy usadowiona w tkance łącznej włóknistej uzyskała miano „g r u ź l i c y u m i e j s c o w i o n e j j a m i s t o - c h a r ł a c z e j" (*Bard*).

Śmierć następuje przeważnie z powodu zapalenia płuc zrazikowego, prosówki, lecz także i charłactwa postępującego.

Do gruźlicy starczej należy włączyć znaczną liczbę przypadków rozsianej s k l e r o z y p ł u c z r o z e d m ą. Zespół ten może być napotykany i poza gruźlicą, a mianowicie w dychawicy, w kile płuc, lub w przebiegu przewlekłych nieżytów oskrzeli, wywołanych banalnymi drobnoustrojami ropotwórczemi. Jednakże przypadki rozedmy gruźliczej spostrzegane są w liczbie przeważającej. Rozpoznanie powinno uwzględnić obecność śladów dawnych zmian gruźliczych, zwłaszcza objawów zwyrodnienia włóknistego i zrośnięcia z opłucną jednego ze szczytów. Umiejscowienie takiej zmiany wierzchołkowej świadczy o jej gruźliczem pochodzeniu i zezwala na należyte rozpoznanie istoty rozedmy. Te postaci gruźlicy zwykle są mało czynne, niekiedy całkowicie wygojone i chorzy tacy umierają nie na gruźlicę, lecz na serce z objawami niedomogi mięśnia sercowego. Jednakże mogą te sprawy nie być całkowicie wygasłe, wobec czego zawsze powinna być dokładnie zbadana plwocina, a nawet wykonane wstrzyknięcie śwince morskiej, o ile to będzie uważane za potrzebne, a to w celu stwierdzenia, że postacie te nie przedstawiają niebezpieczeństwa dla otoczenia. Aczkolwiek większość gruźlicy starczej płuc należy do kategorji gruźlicy włóknistej, jednak dość często spostrzegać można u starców p r o s ó w k ę, a nawet g r u ź l i c ę r o z p a d o w ą w postaci z a p a l e n i a p ł u c z r a z i k o w e g o lub p ł a t o w e g o ze zserowaceniem, wreszcie i p o s t a c i e w ł ó k n i s t o r o z p a d o w e, jakie są spostrzegane u dorosłych.

Z a p a l e n i e p ł u c z r a z i k o w e lub p ł a t o w e poprzedza zwykle okres ogólnego osłabienia. Nieco później choroba wybucha dość nagle, przybierając postać zwykłego zapalenia płuc. Ciepłota dosięga 40°, w tem lub innem miejscu stwierdzamy obecność wilgotnych rzężeń bez przydźwięku dmuchającego. W dalszym przebiegu ciepłota opada nieznacznie, osłabienie jednak szybko wzrasta, zjawiają się obrzęki okolic kostek. Ciepłota zaczyna wykazywać duże wahania i wkrót-

ce następuje śmierć w stanie zupełnego wyczerpania i charłactwa.

Gruźlica włóknistorozpadowa odznacza się odwrotnie powolnością swego przebiegu. Wychudnięcie i niedokrewność wysuwają się na pierwszy plan i wzbudzają podejrzenie w kierunku raka. Chory kaszle uporczywie, plwocina zawiera prątki w ogromnej ilości. Badanie fizykalne jest ogromnie utrudnione wskutek umiejscowienia zmian wśród tkanki rozedmowej płuc, która tłumi wszelkie objawy wysłuchowe.

I tu, podobnie jak w postaciach włóknistych, gruźlica starcza jest zwykle sprawą ukrytą, zatajoną wskutek nieliczności wywoływanych objawów i ogromnie przewlekłego przebiegu. Widzimy więc, że gruźlica starcza jest sprawą częstą i wskutek charakterystycznych cech swego obrazu klinicznego często bywa nierozpoznawana. Starcy więc mogą być nadzwyczaj niebezpiecznemi czynnikami szerzenia się gruźlicy. Z tego względu należy zawsze w poszukiwaniach w rodzinie źródła zakażenia dziecka przedewszystkiem zwrócić uwagę na starców znajdujących się w jego otoczeniu i poddać starannemu zbadaniu ich plwocinę, a również i ich samych.

* * *

Cechą charakterystyczną gruźlicy noworodka stanowi ciężkość przebiegu. Śmiertelność wśród przypadków spostrzeganych klinicznie wynosi 80%. Rozpoznanie opiera się na wyniku odczynu skórnego, w tym wieku rozstrzygającym sprawę z wszelką pewnością. Zapobieganie uwzględnić przedewszystkiem winno wywiad rodzinny, ponieważ gruźlica noworodka jest zawsze spowodowana zakażeniem już po urodzeniu i zródło zakażenia znajduje się zwykle w bezpośredniem jego otoczeniu. Odczyn skórny wykonywany w większych środowiskach (żłobki i ochronki) pozwolił stwierdzić obecność postaci utajonych gruźlicy u noworodków, rzekomo zdrowych, które mogły być uratowane przez zapobieganie ponownym zakażeniom.

U dzieci starszych wzrasta odporność ustroju, ale jednocześnie wzmaga się możność zakażenia przez otoczenie. W tym okresie dziecko ulega zakażeniu prawie że zawsze, jak to wykazuje stwierdzenie prawie powszechnej odporności u większości dzieci w wieku szkolnym. Dzieci te posiadają zabliźnione ognisko w płucu lub włóknisto zwyrodniałe gruczoły śródpiersia. Zmiana pierwotna jest zmianą płucno-gruczołową. Zmiana płucno-gruczołowa może nie utracić w zupełności swej czynności i wywoływać zaburzenia stanu ogólnego w związku z obecnością niewygojonych gruczołów tchawicowooskrzelowych. Postacie te są uleczalne, lecz nastręczają duże trudności rozpoznawcze. Rozpoznanie opiera się przedewszystkiem na wywiadzie rodzinnym i na poszukiwaniu w otoczeniu dziecka osobnika dorosłego z otwartą gruźlicą, coby pozwoliło na sprowadzenie do właściwej przyczyny skarg dziecka i zaburzeń w jego stanie ogólnym. Wobec olbrzymiej liczby przypadków gruźlicy płucnogruczołowej, wykrytych dzięki systematycznym badaniom dzieci w szkołach należy stwierdzić, że profilaktyka gruźlicy u uczniów powinna stanowić jeden z najgłówniejszych punktów walki przeciwgruźliczej.

Gruźlica dorosłego często jest poprostu wznową dawnego ogniska gruczołowopłucnego. Jednakże doświadczenie poucza, że i ponowne zakażenia rodzinne, lub nabyte w otoczeniu zawodowem (warsztat, biuro i t. p.) odgrywają sporą rolę. Odma sztuczna stanowi znaczny postęp w leczeniu gruźlicy rozpadowej lub włóknisto rozpadowej z jamami. Zapobiega ona zakażeniu drugiego płuca, zmniejsza wchłanianie toksyn i stawia chorego w pomyślniejsze warunki pod względem wyleczenia. Posiada ona przedewszystkiem ogromną zaletę w sensie zapobiegania, albowiem zmniejsza ilość plwociny i zmusza chorych do poddania się ciągłej kontroli lekarskiej.

Gruźlica u starców odnacza się swą nadzwyczajną częstością (50% czynnej gruźlicy stwierdzono sekcyjnie w szpitalu P e r r o n'a). Przebiega ona powoli; często jest utajona wskutek swego włóknistego charakteru i dlatego często bywa nierozpoznaną, co czyni z niej nadzwyczaj ważny moment zakażeniowy.

Ogólnie rzecz biorąc wszystkie spostrzegane fakty zgodnie wykazują, że ogromna częstość gruźlicy zależy, zwłaszcza w środowiskach miejskich, od obecności osobników z nierozpoznaną gruźlicą otwartą, albo też osobników, którzy nie znają lub nie chcą stosować należytych środków och-

ronnych zmierzających do uchronienia otoczenia przed zakażeniem. *Obowiązkowa rejestracja wszystkich przypadków gruźlicy* wykazałaby istotne rozpowszechnienie tego bicza ludzkości i przekonałaby szersze warstwy społeczeństwa, obecnie przeważnie obojętnie odnoszące się do tej sprawy, o konieczności absolutnej systematycznego zapobiegania, które, przy obecnie będących w sile prawach, jest niemożliwe do zorganizowania w sposób wystarczający.

S T R E S Z C Z E N I A

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Parę uwag o podwójnym szmerze tętniczym, słyszalnym w przypadkach niedomykalności zastawek półksiężycowych aorty. Labros Katsilabros. *Presse Médicale, Nr. 83. r. 1927.*

Autor, pracując w klinice *Vaqueza*, podaje nowy sposób wywoływania podwójnego szmeru, słyszalnego nad tętnicami (art. femoralis, brachialis), objawu znanego pod nazwą objaw *Durozier'a*. *Lannoy* polecał osłuchiwanie tętnicy przy równoczesnym lekkim ucisku zapomocą stetoskopu, autor zaś poleca uciśnięcie tętnicy udowej zapomocą palca i osłuchiwanie jej (zapomocą stetoskopu na obydwoje uszu bez żadnego ucisku) w odcinku dosercowym od uciskającego palca. W tych warunkach u człowieka zdrowego słyszymy tylko szmer skurczowy, w przypadku zaś niedomykalności zastawek aorty słyszymy dwa szmery, a mianowicie szmer skurczowy i rozkurczowy. Dotychczas objaw *Durozier'a* nie zawsze dawał się wywoływać na tętnicy ramieniowej. Autor wywołuje go prawie stale stosując następujący sposób. Na ramię zakłada się opaskę jakiegokolwiek sfygmomanometru i przy jej pomocy wywołuje się pewien ucisk; stetoskop przykłada się do tętnicy powyżej wspomnianej opaski, następnie uciska się tętnicę w miejscu położonem między stetoskopem, a opaską. W tych warunkach, przy odpowiednim ucisku palcem, słyszalny jest podwójny szmer w znacznej ilości przypadków z niedomykalnością zastawek aorty; niekiedy pojawia się on w sprawach miażdżycowych, nigdy zaś u zdrowych. Należy jednak zaznaczyć, że w miażdżycy parcie w opasce (w sfygmomanometrze) musi być znacznie wyższe (blisko parcia maxima), aniżeli w przypadkach niedomykalności zastawek.

Autor w podanym przez siebie sposobie wywoływania objawu *Durozier'a* widzi też dowód, że szmer rozkurczowy nad tętnicą powstaje wskutek powrotnej (odbitej) fali krwi. Zastosowując teorję do praktyki, autor poleca stosowanie parcia w sfygmomanometrze równającego się połowie parcia maksymalnego plus jeden, w danym przypadku. N. p. przy parciu mx=18, mn=7 zastosować należy parcie $\frac{18}{7} + 1 = 10$. W tych warunkach podwójny szmer słyszalny będzie tylko w przypadkach niedomykalności zastawek półksiężycowych aorty, w przypadkach zaś z miażdżycą szmer podwójny przy tem parciu nie wystąpi. O znaczeniu tego objawu dla rozpoznania różniczkowego wspominać nie trzeba.

Lobelina. J. Mouzon. *Presse Médicale Nr. 82 r. 1927.*

Autor przypomina, że lobelina zajmowała zaszczytne miejsce w dawnej farmakopenji jako środek podtrzymujący ośrodek oddechowy i stosowana była w postaci nalewki w dawce 1 do 2 gr. Środek ten ulegał zwolna zapomnieniu aż do czasu, kiedy *Wieland* w r. 1924 wyodrębnił lobelinę czystą, której wzór chemiczny przedstawia się $C_{23}H_{29}O_2N$. Lobelina krystalizuje, jej roztwory stężone przedstawiają się jako płyn podobny do jasno-żółtej oliwy; stosuje się ją jako chlorek lobeliny. Stosowanie podskórne jest bezbolesne. Według badań nowszych działanie lobeliny na ośrodek oddechowy w sensie pobudzającym nie ulega żadnej wątpliwości: co się tyczy działania jej na oskrzela drogą porażenia zakończeń nerwu błędnego — sprawa ta dziś nie jest jeszcze rozstrzygnięta, jakkolwiek *Dreser* (1890), a później *Edmunds* (1904) działanie to widzieli przy zastosowaniu lobelji. Dawka 3 mlgr. lobeliny dożylnie, stosowana u człowieka, wywołuje po paru sekundach pogłębienie i przyspieszenie oddechów, wobec czego wentylacja płucna nieraz się podwaja. Po 8 do 10 minutach działanie lobeliny ustępuje; może być jednak zapomocą ponownego wstrzyknięcia znowu wywołane. Akumulacji nie spostrzegano. Zastosowanie lobeliny w dawce 1 ctgr. podskórnie lub śródmięśniowo wywołuje ten sam skutek, co wstrzyknięcie dożylne, lecz występuje on dopiero w 7 do 8 minut i trwa około 20 minut. *Janossy, Hazama* stosują wstrzykiwania lobeliny podpajęczynowo ze skutkiem podobnym, jak wstrzyknięcie dożylne. Przed wzmożeniem oddechów po zastosowaniu lobeliny nastąpić może krótkotrwały bezdech lub też oddechy płytkie. Dawki trujące wywołują porażenie ośrodka oddechowego i drgawki.

Stosowanie lobeliny święci swoje tryumfy w asfiksji u noworodków; w znieczuleniu ogólnem zapomocą eteru, chloroformu, chloretylu, skopolaminy i morfiny, w zatruciu przetworami kwasu barbiturowego (veronal), przetworami makowca i t. p. Autor przytacza cały szereg przypadków zebranych z odnośnej literatury, które dowodzą skuteczności działania lobeliny, niekiedy wprost cudownego. Wskrzyknięcie lobeliny, zwłaszcza podpajęczynowo (ze względu na pożądane w tych przypadkach szybkie działanie) u noworodków miało uratować życie wielu pacjentom *Eckstein'a, Rominger'a, Wieland'a, Mikulicza-Radeckiego, Miltnera, Renz'a, Mauthe'go* i in. Wstrzykiwali oni podskórnie 1 do 3 mlgr. lobeliny, lub podpajęczynowo 6 do 9 setnych miligrama lobeliny (u noworodków).

Puppel, Hellendal, Hempel, Holdmann stosowali lobelinę z powodzeniem w dawkach do 2 ctgr. lobeliny śródmięśniowo w asfiksji podczas uśpienia. *Ochsenius, Stern, Rosenberg, Janossy, Brdinczka* i inni stosowali lobelinę w zatruciach przetworami

makowca, w których to przypadkach lobelina uratowała życie chorych.
Podobnie miano uzyskać korzystne wyniki w zatruciach gazem świetlnym, w zapaleniu płuc, w obrzęku płuc i t. d.
Ujemną stroną działania lobeliny jest jej wpływ na serce, a mianowicie wywołuje ona w doświadczeniach dokonywanych na zwierzętach osłabienie skurczów serca, zwolnienie tętna i obniżenie parcia krwi i to już w dawkach leczniczych. Klinicznie spostrzegano niepokojące zwolnienia tętna u ludzi. Nadto lobelina może wywołać silne napady kaszlu, nudności, wymioty, poty, omdlenia, bezwolne oddawanie moczu i stolca, niekiedy spostrzegano drgawki. Objawy te odnoszono coprawda do zanieczyszczeń stosowanych przetworów. Jako antidotum przeciwko lobelinie polecają: atropinę, która może usunąć niekorzystne objawy towarzyszące, nie umniejszając jednak działania lobeliny na ośrodek oddechowy. Polecają również stosowanie przy lobelinie środków nasercowych, adrenaliny i pituitryny. Jakkolwiek trudno dziś już wypowiedzieć ostatnie zdanie o działaniu lobeliny, które zdaje się być niekiedy niestałe i niepozbawione pewnego niebezpieczeństwa, to jednak w wypadkach rozpaczliwych, przy grożącem porażeniu ośrodka oddechowego, a względnie zdrowym m. sercowym, należałoby stosować lobelinę, podobnie jak stosujemy wiele innych środków heroicznych. Przeciwwskazanem jest jednak stosowanie dosercowe.

Roentgenoterapia jako środek leczniczy dychawicy oskrzelowej. Pasteur Vallery-Radot, P. Gibert, P. Blamoutier i Claude. *Presse Médicale, Nr. 80, r. 1927*

Stosowanie rentgenoterapji w dychawicy oskrzelowej zawdzięczamy przypadkowi. *Schilling* w r. 1906 prześwietlając prom. Rentgena chorego na powyższą chorobę zauważył, że po prześwietleniu chory ten przez 6 tygodni był wolny od napadów mimo, że poprzednio przez 3 lata cierpiał na napady bardzo silne, i często powtarzające się. Od tego czasu autorowie niemieccy z powodzeniem stosują rentgenoterapję, we Francji zaś ten sposób leczenia dopiero od r. 1922 znalazł zwolenników. Sposób naświetlania jest rozmaity, jedni naświetlają klatkę piersiową, inni śledzionę, przysadkę mózgową, wątrobę i t. d. Z początku stosowano jedno naświetlanie, później stosowano codzienne naświetlania przez 7 do 10 dni lub też dwa razy tygodniowo w przeciągu trzech tygodni, zależnie od dawki. Przy stosowaniu na klatkę piersiową naświetlano 7,4 lub 2 pola; śledzionę naświetlano z tyłu i z przodu. Wyniki podawane przez autorów niemieckich wynoszą średnio wyleczeń: 29,5%, poprawy 43%, wyników ujemnych 26.5%, przy naświetlaniach klatki piersiowej. Przy naświetlaniu śledziony wyleczeń i poprawy razem otrzymano 82%.
Autorowie stosowali rentgenoterapję w 31 przypadkach dychawicy oskrzelowej, w 8 przyp. coryza spasmodique i w 25 przyp. chorych na oba te schorzenia równocześnie. Wszyscy chorzy byli w wieku dorosłym. Stosowano naświetlanie okolicy wnęk płucnych, śledziony, lub też obu tych okolic równocześnie. Wyniki były następujące: wyleczeń 30%, poprawy 25%, wyników ujemnych 45%. Najlepsze wyniki otrzymano przy stosowaniu skombinowanego naświetlania wnęk i śledziony, oraz śledziony samej. Mimo licznych teorji o sposobie działania naświetlań promieniami Roentgena mechanizm leczniczy nie jest znany.

Przypadki wstrząsu w czasie leczenia żylaków zapomocą wstrzykiwania. G. Delater. *La Presse medicale Nr. 83. r. 1927.*

Nie ulega żadnej wątpliwości, że leczenie żylaków zapomocą dożylnych wstrzyknięć wywoływać może wstrząsy natury anafilaktycznej, które w przeważającej ilości są nieznaczne i nie powinny stanowić przeszkody w stosowaniu powyższego sposobu leczenia żylaków. Nie mniej jednak fakt ten powinien być znany ogółowi lekarzy i w tym celu autor opisuje przypadek wstrząsu po wstrzyknięciu 4 ccm salicylanu sodu w 20% roztworze po połowie w każdą nogę. Chodzi tu o objawy wagotonji (zwolnienia tętna, zimny pot, nudności bez wymiotów), które zdarzają się raz na mniej wiecej 200 przypadków. W innym przypadku autor spostrzegał omdlenie po zastrzyknięciu 2 ccm 30%-owego salicylanu. Podobnie i wstrzykiwania roztworu chininy, o ile te przekraczały dawkę jednego gr. wywoływały uczucie gorąca, poczem zblednięcie, poty, nudności, niepokój, brak tchu. Objawy te ustępowały niebawem. Niekiedy spostrzec można pokrzywkę, jako wyraz wstrząsu anafilaktycznego. Od czasu stosowania adrenaliny, jako środka zabezpieczającego przed wstrząsem, autor nie spostrzegał żadnych niepokojących objawów mimo, że dokonał w ten sposób kilku tysięcy wstrzyknięć chininy i salicylanu.

Działanie i wskazania w stosowaniu thiochryzyny w leczeniu gruźlicy płuc. Ch. Garin. *Presse Médicale Nr. 76, r. 1927.*

Thiochryzyna jest środkiem francuskim identycznym z sanochryzyną *Moellgaard'a* (tiosiarczan złota i sodu). Autor stosował thiochryzynę w dawkach małych, lecz powtarzanych często i przez długi przeciąg czasu. Pojedyncza dawka wahała się od 12.5 do 20 ctgr. Podczas leczenia, mimo zastrzeżeń *Moellgaard'a* autor stosował też arszennik, a nadto fosfor i wapno. Niekiedy leczenie było powtarzane po upływie dwuch do trzech miesięcy. Autor uważa leczenie thiochryzyną za szczególnie korzystne u chorych młodych, poniżej lat 20-tu, ze zmianami gruźliczemi obustronnemi, o szybkim rozwoju schorzenia, gorączkujących, u których schorzenie rozwinęło się niedawno. Na ten ostatni punkt autor kładzie szczególny nacisk, zaznaczając, że długość dotychczasowego trwania schorzenia nie powinna przekraczać 6 do 12 miesięcy. Krwotoki płucne, nocne poty, brak łaknienia i biegunki (wyjąwszy gruźliczego pochodzenia) nie są przeciwwskazaniem do stosowania thiochryzyny w sposób powyższy, natomiast zasadniczem przeciwwskazaniem jest białkomocz, choćby najlżejszy, nawet gdy występuje on dopiero po wstrzyknieciu złota. Dalszem przeciwwskazaniem jest zapalenie osierdzia. W powyższej kategorji chorych żadne inne postępowanie lecznicze, nawet obustronna sztuczna odma płucna nie daje, według autora, tak dobrych wyników, jak thiochryzyna. Jako wyniki korzystne autor podaje: spadek ciepłoty, przybytek na wadze, zmniejszenie kaszlu i plwociny, zmniejszenie się ilości rzężeń lub ich zniknięcie. Natomiast autor podkreśla, że zmiany przy prześwietlaniu promieniami Roentgena są małe (zdjęć nie dokonywano) oraz, że prątki w plwocinie nadal się utrzymują, lub jeśli giną, to jednak plwocina chorych zakaża świnki morskie. Chorzy ci zatem pozostają gruźliczymi, lecz rozwój procesu chorobowego zostaje wstrzymany, względnie znacznie zwolniony.

Hepatografja. Max Einhorn. *Presse Médicale Nr. 79, r. 1927.*

Autor podaje, że wprowadzenie tetrajodfenolftaleiny zapomocą sondy dwunastniczej, lub też wprost doustnie, czyni wątrobę widoczną na ekranie przy prześwietlaniu promieniami Roentgena. Występuje to szczególnie zanim powyższa substancja przejdzie do ogólnego krwiobiegu, co ma miejsce przy pierwszym sposobie podawania w dwie godziny, przy drugim w sześć godzin później. Autor razem ze *Stewart'em* badali w ten sposób znaczną ilość przypadków zarówno zdrowych, jak i dotkniętych schorzeniami wątroby. Cień jaki wątroba rzuca na ekran, nie jest zbyt intensywny, a to dlatego, że ilość podanej w ten sposób tetrajodfenolftaleiny wobec jej jadowitości musi być ograniczona. Wynalezienie innego ciała, zatrzymującego promienie Roentgena, a zarazem mniej jadowitego, pozwoli niewątpliwie na lepsze wykorzystanie powyższego sposobu badania. A jednak już w chwili obecnej można z korzyścią badać zmiany w wątrobie w szczególności zaś raka (przerzuty) wątroby, kilaki, torbiele bąblowcowe, przewlekłą marskość wątroby, zmiany w otoczce wątrobowej i kamienie żółciowe w wątrobie. Autor podaje w końcu szereg przypadków, w których wyniki hepatografji zostały potwierdzone przy zabiegu operacyjnym.

Karotynemja u gruźliczych i związek jej z hypocholesterynemją. A. Pissavy i B. Monceaux. *Presse Médicale Nr. 79, r. 1927.*

Autorowie podają, że w literaturze lekarskiej termin: Karotynemja po raz pierwszy był użyty przez *Hess'a*, *Myers'a* z New Yorku w r. 1919. Chodziło tu o dwoje dzieci, które wykazywały wybitne żółte zabarwienie powłok, wyjąwszy białkówek oczu; mocz był ciemny, lecz stolce nieodbarwione. Przyczyną tego zabarwienia był nadmiar spożywanej marchwi. Podawanie znacznych ilości marchwi innym dzieciom wywoływało podobne zabarwienie po upływie pięciu tygodni. Surowica krwi wykazywała również żółte zabarwienie, a badaniem chemicznem wyodrębniono barwik znany pod nazwą karotyny. Badania ostatniej doby wykazały, że karotyna jest jednym z barwików, zaliczanych do grupy barwików luteinowych, lub lipochromów. Znajduje się ona w zielonych liściach marchwi i t. d. a po oczyszczeniu przedstawia się w postaci małych kryształków, rozpuszczalnych trudniej w alkoholu, łatwiej w eterze, benzolu, chloroformie i t. d. między innymi zaś w tłuszczu. Wykazano też, że usuniecie z pokarmów podawanych krowom lub kurom tych składników pożywienia, które obfitują w karotynę, wywołuje w następstwie odbarwienie masła lub żółtek jaj pochodzących od tych zwierząt. Udowodniono następnie, że ustrój zwierzęcy nie posiada zdolności syntezy karotyny, potrafi natomiast z łatwością utleniać karotynę odbierając jej tem samem charakterystyczne zabarwienie (od pomarańczowego do żółtego, zależnie od rozcieńczenia).

Autorowie przytaczają szereg badań, zwłaszcza niemieckich, które wykazują, że karotyna odgrywa pewną rolę w patologji ludzkiej i że jej obecność w ustroju, zdradzająca się żółtem zabarwieniem powłok i osocza krwi, stoi w związku ze zmniejszeniem się zdolności utleniania. Tem samem możność wykazania karotyny w surowicy krwi jest wyrazem pewnego upośledzenia w przemianie materji. Autorowie w swoich doświadczeniach, podawali gruźliczym dwie pomarańcze, lub 200 gr. marchwi, lub 2 jajka dziennie przez przeciąg 15-tu dni. W ten sposób uzyskiwali oni zabarwienie żółte stóp, dłoni, przedramienia u chorych, jako też wykazywali obecność karotyny w surowicy krwi. Nasilenie zabarwienia było zmienne i zależne od osobnika. Autorowie łączą pojawienie się karotyny u tych chorych z równoczesnem zmniejszeniem się ilości cholesteryny we krwi u gruźliczych. Według badań bowiem *Kohl'a*, *Krukenberg'a*, *Schultze'go*, *Verne'go*, *Ewart'a* i innych cholesteryna jest pochodną karotyny i powstają po jej utlenieniu. Badania własne autorów potwierdzają powyższe przypuszczenie; tem samem więc zwiększenie się ilości karotyny z równoczesnem zmniejszeniem się ilości cholesteryny we krwi u chorych gruźliczych uważać należy za zmnieiszoną zdolnośc ustroju gruźliczego do utleniania niektórych ciał. Autorowie sądzą, że odpowiednie leczenie, zmierzające do wzmożenia przemiany materji, w szczególności zaś zdolności utlenienia, w powyższych badaniach znajduje nowe uzasadnienie.

Z. Gorecki.

PEDJATRJA.

Trudny pod względem klasyfikacji przypadek licznych guzów podskórnych u niemowlęcia. Fernardo Pozzo i Andres E. Bianchi. *Archives de Médicine des Enfants. T. XXX, Nr. 9, 1927.*

U niemowlęcia zaraz po urodzeniu zauważono zjawienie się guzów, z początku pojedyńczych, później coraz liczniejszych, zajmujących skórę głowy, tułowia i kończyn. Rozmiar guzów wahał się od wielkości wiśni do wielkości jaja kurzego. Guzy pokryte były skórą prawidłową, nieco sinawą, spoistość miały miękką, były niebolesne. W czwartym miesiącu życia, przy ogólnym dobrym stanie dziecka guzy te były rozsiane po całej skórze. Już w dziewiątym miesiącu życia można było zauważyć znikanie niektórych guzów, inne zaś w tym czasie zmniejszyły się znacznie, po upływie zaś trzech miesięcy (w jedenastym miesiącu życia) pozostały zaledwie ślady większych guzów, inne znikły bez śladu. Na zasadzie obrazu klinicznego, oraz badania anatomopatologicznego autorowie mogli wyłączyć rozpoznanie choroby Recklinghausen'a (neuro-fibromatosis). Również z całą pewnością nie mieli oni do czynienia z przypadkiem wielokrotnych tłuszczaków, zarówno jak guzów gruźliczych, lub też kiłowych. Autorowie narazie odnoszą się z rezerwą do danego przypadku, nie mogąc go zaliczyć do żadnej z ustalonych już jednostek chorobowych; oczekują oni dopiero od badań przyszłych wyjaśnienia patogenezy opisanego przez nich cierpienia.

Dziecięcy Kala-Azar we Francji. Paul Giraud i Marc Massot. *Arch. Méd. des Enfants. T. XXX, Nr. 9, 1927.*

Praca zasługuje na uwagę z epidemjologicznego punktu widzenia. Okazuje się bowiem, że Kala-Azar, jedna z postaci Leishmaniosis, choroba wyłącznie prawie podzwrotnikowa, nie stanowi zbytniej rzadkości na południu Francji. Tak w Marsylji i w okolicy autorowie w ciągu czterech lat spostrzegali 34 przypadki Kala-Azar u dzieci w postaci

nieco odmiennej od spostrzeganej u dorosłych w krajach podzwrotnikowych (dorośli w Marsylji nie chorowali). Z zasadniczych objawów klinicznych należy podkreślić gorączkę, duże powiększenie śledziony, mniejsze wątroby (w postaci spostrzeganej u dorosłych wątroba ulega znaczniejszemu obrzmieniu), w końcu charłactwo; badanie krwi wykazuje wybitną leukopenję. Źródło zakażenia pozostało niezupełnie jasne. Jak wiadomo, o przenoszenie zarazka na ludzi oskarżane są głównie psy, które również chorują na pewną postać Leishmaniozy. Jednakże dotąd nie dowiedziono, czy zarazki (pierwotniaki) znajdywane u chorych psów z jednej, ludzi z drugiej strony są identyczne. W przypadkach opisanych autorowie mogli wyłączyć psa, jako źródło zakażenia. Dzieci chore znajdowały się w idealnych warunkach hygjenicznych, to też pchły i pluskwy nie mogły odgrywać żadnej roli jako przenosiciele zarazka. W Marsylji najprawdopodobniej role te odegrały komary, będące prawdziwą plagą, szczególnie miejsc zadrzewionych, tego miasta. Leczenie polegało na wstrzykiwaniu dożylnem soli antymonu. Wyniki lecznicze były bardzo pomyślne: w 50% przypadków nastąpił powrót do zupełnego zdrowia.

Znaczenie miana chlorków oraz cukru w płynie mózgowo-rdzeniowym. Pimen Naneichvili. *Arch. Méd. Enf. T. XXX, Nr. 9, 1927.*

Odczyny globulinowe (*Nonne-Apelt, Pandy*), jakoteż badanie morfologiczne płynu mózgowo-rdzeniowego (zwiększona ilość limfocytów, względnie leukocytów), nie stanowią bezwzględnie ścisłych sprawdzianów dla rozpoznania zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, ani też dla różniczkowania poszczególnych postaci tego cierpienia. Autor zajął się określaniem zawartości chlorków oraz cukru w płynie mózgowo-rdzeniowym, ażeby ocenić wartość tej metody dla kliniki. W ostatnich czasach metody te stosowane są na dość szeroką skalę w klinice pedjatrycznej. Wyniki badań wypadły dość ujemnie dla wymienionych metod. Według autora zawartość chlorków ulega zmniejszeniu we wszystkich postaciach zapalenia opon, a nawet, co jest cechą szczególnie niekorzystną dla metody, w stanach podrażnienia opon (meningismus), w przebiegu zapalenia płuc. W gruźliczem zapaleniu opon miano chlorków częściej i wybitniej obniża się, aniżeli w innych postaciach schorzenia opon, lecz właściwość ta nie posiada decydującego znaczenia dla rozpoznania. Podobnie ma się sprawa z zawartością cukru we krwi; obniżenie jego miana rzuca pewne podejrzenie w kierunku stanu zapalnego opon. Często jednak spostrzegamy przypadki zapalenia opon przy normalnej, względnie nawet zwiększonej zawartości cukru w płynie mózgowo-rdzeniowym.

H. B.

CHIRURGJA.

Leczenie chirurgiczne zwyrodniałych rakowato gruczołów chłonnych szyi. R. Bernard. *Journ. de Chir. T. XXX, Nr. 3, wrzesień 1927.*

Po okresie w chirurgji, kiedy pokładano wielkie nadzieje w leczniczem naświetlaniu gruczołów rakowatych promieniami radu, nastąpił nawrót do leczenia operacyjnego, przyczem zaczęto kłaść duży nacisk na doszczętność operacji, na usuwanie gruczołów razem z całą masą otaczającej je tkanki łącznej do pochewek mięśni i naczyń włącznie. Pole operacyjne powinno wyglądać jak preparat anatomiczny, z uwidocznieniem przebiegu obnażonych mięśni, naczyń i nerwów. Tylko w tym przypadku można liczyć na to, że nawrót nie nastąpi.

Technika operacyjna. Uśpienie ogólne przez wprowadzenie do odbytnicy mieszanki 120 gr. eteru z 60 gr. oliwy. Cięcie gwiaździste skóry, o trzech ramionach, wychodzących z punktu, położonego nieco do przodu od przedniego mięśnia mostkowoobojczykowosutkowego, na wysokości górnego brzegu chrząstki tarczowatej; ramię górne idzie w kierunku wyrostka sutkowego, ramię poziome — do okolicy podbródkowej, przekraczając nieco linję środkową ciała, wreszcie ramię dolne cięcia schodzi pionowo ku dołowi do połowy szyi; w razie zajęcia przez nowotwór gruczołów wzdłuż dolnego przebiegu tętnicy szyjnej ewent. gruczołów nadobojczykowych cięcie dolne przedłuża się aż do obojczyka. Preparowanie rozpoczyna się od brzegu żuchwy, postępując koncentrycznie ku środkowi pola operacyjnego; całą tkankę łączną z zawartemi w niej gruczołami i naczyniami chłonnemi i pochewkami poszczególnych mięśni i naczyń usuwa się w jednej masie, na co zwraca autor specjalną uwagę. Wycięcie mięśnia mostkowoobojczykowosutkowego i żyły szyjnej wewnętrznej stosował autor szeroko; wreszcie ostrzega przed maltretowaniem nerwu błędnego, które jest o wiele niebezpieczniejsze od jego przecięcia.

Znaczenie kliniczne niektórych nieprawidłowości rozwojowych nerki i moczowodu. C. Antonucci i A. Cassuto. *Journ. d'Urologie. T. XXIV, Nr. 2, sierpień 1927.*

Do najczęstszych tego rodzaju nieprawidłowości rozwojowych należy zdwojenie zupełne lub częściowe jednego z moczowodów, przyczem oba odgałęzienia mogą znajdowac ujście w miedniczce jednej nerki (częstość występowania wynosi koło 2%) lub dwu całkowicie oddzielnych nerek, co zdarza się znacznie rzadziej (przy obecności nerki nadliczbowej). Nieprawidłowości te usposabiają do powstania nerki ruchomej, opuszczonej i w następstwie — wskutek przeszkód mechanicznych wydalania moczu — do zapalenia miedniczki, nerki i do powstania roponercza.

Rozpoznanie tych zaburzeń rozwojowych nastręcza duże trudności, umożliwia je zwykle dopiero wziernikowanie pęcherza i pyelografja. W przypadkach, gdzie jest wskazanie do wycięcia nerki, przy obecności nerki nadliczbowej można ograniczyć się — za wyjątkiem przypadków gruźlicy i nowotworów złośliwych — do wycięcia jedynie części chorej, o ile tylko odgraniczenie tych dwu części jest tak dalece posunięte, że odcięcie jednej nie grozi pozostałej uszkodzeniem miedniczki lub naczyń.

Próba indygokarminowa w rozpoznawaniu gruźlicy nerki. Hubleur. *Journ. d'Urologie. T. XXX — Nr. 3, wrzesień 1927.*

Próba ta, będąc dosyć pewnym wykładnikiem stopnia wydolności nerki, naogół nie pozostaje w żadnym ściślejszym stosunku do jej stanu ana-

tomicznego; jednak jeśli chodzi o gruźlicę nerki, to sprawy te postępują zupełnie równolegle — im więcej jest zaawansowany proces gruźliczy w nerce, tym więcej cierpi czynność wydalania barwika.

Autor wprowadzał w tym celu domięśniowo (pośladek) 4 cm³ 4% roztworu indygokarminy; w warunkach prawidłowych mocz zabarwiony zaczynał wyciekać z moczowodów po 6 —10 minutach. W przypadkach nawet wczesnej gruźlicy otrzymywano opóźnienie w wydalaniu barwika w porównaniu z nerką zdrową o 2 — 5 minut, przyczem jednocześnie stężenie barwika w moczu z chorej nerki już na oko było zawsze mniejsze. Nie stwierdzono nigdy upośledzonego wydalania barwika w przypadkach nerki zdrowej i odwrotnie — sprawnego wydalania w przypadku nerki chorej.

Pericolitis chronica. G. Lardennais. *La Presse Méd. Nr. 80. 1927.*

Na etjologję tego dość częstego schorzenia składają się: 1) uraz operacyjny; 2) zakażenie ostre narządów jamy brzusznej—przyczem nawet po zlikwidowaniu ogniska pierwotnego zakażenia proces zapalny, dotyczący otrzewnej okrężnicy może postępowac i szerzyć się w dalszym ciągu; wreszcie 3) zakażenia podostre i przewlekłe stany zapalne żołądka, pęcherza żółciowego, wyrostka robaczkowego, macicy i innych narządów jamy brzusznej, przyczem pewną rolę może tutaj odgrywać pierwotny nieżyt przewlekły okrężnicy. Zmiany anatomopatologiczne polegają na powstawaniu mniej lub więcej rozległych zrostów otrzewnowych —pasmowatych, powierzchniowych i w postaci sfałdowań trzewnego listka otrzewnej, obejmujących nieraz dany odcinek przewodu kiszkowego jakby w postaci futerału. Zmiany te najwięcej bywają umiejscowione w okolicy kąta krętniczokątniczego (zrost pasmowaty Lane'a pericolitis membranacea), zgięcia wątrobowego i śledzionowego i w okolicy esicy, powodując przeszkodę mechaniczną w przechodzeniu treści pokarmowej ze zwykłemi jej następstwami — przerostem i ostatecznym rozszerzeniem wyżej położonego odcinka, przyczem objawy zastoju mogą rozciągać się na odcinki nawet bardzo wysokopołożone, nieraz dotyczy to dwunastnicy i żołądka.

Kliniczne objawy mogą być bardzo różnego nasilenia: od lekkich objawów migreny na tle niestrawności do ostrej, burzliwie przebiegającej, niedrożności jelit. Więc naprzykład perityphlitis chronica pochodzenia wyrostkowego będzie się przedstawiała klinicznie w sposób następujący. Nieraz dopiero po upływie dłuższego czasu od wygaśnięcia procesu zapalnego w wyrostku rozwijają się powoli i niedostrzegalnie objawy zastoju w wyżej położonym odcinku: przejściowe zaparcia, przerywane od czasu do czasu biegunkami, różne dolegliwości podmiotowe ze strony serca — o ile zastój dotyczy dwunastnicy, wreszcie bóle w dołku podsercowym, wymioty (kurcz oddźwiernika), zaleganie w żołądku i jego rozszerzenie, a nawet może dojść na tem tle do wytworzenia się wrzodu okrągłego żołądka. Zakażenie ze światła kiszki może przedostać się przez odgałęzienia żyły wrotnej do wątroby i dróg żółciowych, trzustki, układu moczowego — ze wszelkiemi tego następstwami. Z czasem dochodzi do wtórnych znacznych zaburzeń nerwowych — chorzy tacy powiększają w ten sposób zastęp nieuleczalnych neurasteników.

Rozpoznanie bywa trudne i wymaga bardzo dokładnego zbadania chorego i pilnego wysłuchania wszelkich jego skarg; olbrzymie usługi oddaje wielokrotnie wykonane badanie radjologiczne.

Leczenie. Zapobiegawczo należy jak najwcześniej usunąć dane źródło zakażenia jako ewentualną przyczynę następowej pericolitis chronica, a więc zmieniony zapalnie wyrostek, pęcherzyk żółciowy i t. p. pamiętając o tem, że późno wykonana operacja w tych razach nie osiągnie całkowitego wyniku, gdyż pozostaną objawy, zależne od wtórnych zmian na otrzewnej, co zdyskredytuje w oczach chorego chirurga i sam zabieg operacyjny.

Właściwe leczenie będzie polegało na możliwie rozległem usunięciu zrostów, z ewentualnem przeszczepieniem kawałków sieci: tam, gdzie to będzie dla tych czy innych powodów nie możliwe lub niewskazane, pozostanie wykonać zespolenie (najlepsze wyniki daje zespolenie kątnicy z esicą) lub wycięcie częściowe lub całkowite kiszki grubej (najlepsze wyniki spostrzegano po wycięciu okrężnicy wstępującej). Duży nacisk należy położyć na przygotowanie chorego do operacji przez zalecanie całego szeregu środków dietetyczno - farmakologicznych, stosowanych nieraz tygodniami i miesiącami w celu stworzenia warunków operowania ściśle „na zimno", gdyż tylko w tym przypadku można liczyć na pomyślny wynik operacji.

Dellinger-Barney, Gamberini i inni. Leczenie gruźlicy układu płciowego u mężczyzn. *(Temat programowy III Zjazdu Międzynarodowego Urologów). La Presse Méd. Nr. 81. 1927.*

Schorzenie to bywa zwykle wtórnem, przyczem ognisko pierwotnej gruźlicy klinicznie może nie dawać żadnych objawów. Występuje najczęściej w okresie największego nasilenia czynności gruczołów płciowych, jakkolwiek zdarza się i w dzieciństwie i w późnej starości. Co do patogenezy tego schorzenia, to panuje tu zupełna rozbieżność poglądów; obecnie za najbardziej prawdopodobne uchodzi przenoszenie się zakażenia gruźliczego od gruczołu krokowego i pęcherzyków nasiennych do najądrza, a nie odwrotnie, jak sądzono dawniej. Następnie, gruźlicę układu płciowego uważa się za miejscowy epizod schorzenia ogólnego, obejmującego cały ustrój, o czem należy pamiętać przy leczeniu. I dlatego przedewszystkiem należy zalecić choremu leczenie ogólne: tuberkulina, promienie X, i ultrafioletowe, podawanie jodu zalecenia dietetyczno-higieniczne. W niektórych tylko przypadkach leczenie to należy uzupełnić zabiegiem operacyjnym, przyczem najlepsze wyniki zupełnie wystarczające daje wycięcie najądrza; do doszczętnego zabiegu wycięcia gruczołu krokowego, pęcherzyków nasiennych, nasieniowodu i najądrza należy uciekać się w ostateczności tylko w wyjątkowych przypadkach.

Sympaticektomja okołotętnicza, jej wskazania i wyniki w chirurgji kończyn. Robineau. *(Temat programowy XXXVI Zjazdu Chirurgów Francuskich). La Presse Méd. Nr. 84, 1927 r.*

Zabieg ten, wykonany typowo, nie jest bynajmniej sympaticektomją w ścisłem słowa tego znaczeniu, gdyż nie eliminuje wcale kończyny operowanej z pod wpływów naczynioruchowych układu współczulnego; jest to raczej wycięcie nerwów czu-

ciowych, przebiegających w błonie zewnętrznej i jej najbliższem otoczeniu danego pnia tętniczego, które na drodze odruchu o mechaniźmie nieznanym wywołuje rozszerzenie naczyń nietylko w danej kończynie, ale także po stronie przeciwnej, a nawet, do pewnego stopnia, i w dwu pozostałych kończynach. Zabieg ten nie jest bynajmniej bezpieczny, gdyż łatwo może pociągnąć za sobą (zwłaszcza przy obecności w ścianie tętniczej zmian chorobowych) jej przedziurawienie pierwotne lub wtórne ze wszystkiemi jego następstwami. Zważywszy istotę zabiegu, należy unikać doszczętnego i rozległego obnażenia tętnicy z jej otoczki, co nie jest koniecznym warunkiem pomyślnego wyniku pooperacyjnego, a kryje w sobie duże niebezpieczeństwo dla chorego.

Jeśli chodzi o bezpośredni wynik operacyjny, to dosyć stale obserwuje się rozszerzenie naczyń chorej kończyny, trwające 2—3 tygodnie; bardziej odległy w czasie wynik jest bardzo niepewny i liczyć nań nie można. W związku z tem i wskazania operacyjne, dotychczas bardzo rozległe, należałoby ograniczyć, pamiętając o tem, że w wielu przypadkach na drodze leczenia fizykalnego (diatermja, naświetlanie promieniami ultrafioletowemi) można osiągnąć równie dobre wyniki, ale bez tego ryzyka, jakie przynosi z sobą sympaticektomja.

Tak zwana „Douglasitis". Macrer. *Journ. de Méd. de Bordeaux 1927.*

Jest to ostry, lub częściej przewlekły, stan zapalny tkanki łącznej pozamacicznej i przylegającej części otrzewnej, zwykle na tle zakażenia z narządów rodnych. Z początku nie budzący żadnych poważniejszych obaw, z czasem stan ten może być punktem wyjścia groźnych dla chorej powikłań. Klinicznie, zwłaszcza w częstszej swej postaci przewlekłej, sprowadza znaczne zaburzenia czynności narządów małej miednicy, ze strony mięśni—kurcze, przykurczenia, niedowład lub niedostateczne zwijanie się macicy; ze strony naczyń— miesiączkowanie bolesne, brak miesiączki, metro- i menorragje; ze strony nerwów—nerwobóle macicy i nerwów małej miednicy, frigiditas, zaburzenia wydzielnicze i t. p. Dolegliwości te często bywają wywołane przez różne drobne i niedostrzegalne nieraz szkodliwości jak oziębienie, zmęczenie, wzruszenie.

Rozpoznać cierpienie jest łatwo, o ile się o niem pamięta. Leczenie jest zadaniem bardzo wdzięcznem, gdyż z jednej strony daje naogół dobre wyniki, o ile jest właściwie prowadzone, z drugiej zaś — uwalnia chorą od cierpienia, które nieraz w sposób wybitnie deprymujący wpływa na całe jej życie psychiczne.

Leczenie bliznowych zwężeń przełyku znacznego stopnia. XXXVI *Zjazd Chirurgów Francuskich.* **J. Guisez.** *La Presse Méd. Nr. 86, 1927.*

Autor na podstawie spostrzeganych przez siebie i leczonych 205 przypadków bliznowych zwężeń przełyku przychodzi do wniosku, że w wielu przypadkach zwężeń znacznego stopnia, w których stopień zwężenia uniemożliwiał zastosowanie zwykłego zgłębnikowania, wziernikowanie przełyku oddaje znaczne usługi przez umożliwienie wprowadzania zgłębnika nitkowatego pod kontrolą oka do ledwo dostrzegalnego nieraz i ukrytego w fałdach śluzówki na dnie workowatego rozszerzenia otworka, jako pozostałości światła przełyku. A pozostawienie takiego zgłębnika na parę godzin w przełyku, jak wiadomo, wystarcza już zwykłe do tego, aby na następnem posiedzeniu można było wprowadzić zgłębnik o numer szerszy i w ten sposób kontynuować stopniowe rozszerzanie miejsca zwężonego, tak trudne do zapoczątkowania. W przypadku blizn twardych i niepodatnych duże usługi oddaje elektroliza okrężna. W przypadkach, w których nawet przy pomocy wziernikowania przełyku nie udało się wprowadzić zgłębnika nitkowatego, próbowano to uczynić od dołu poprzez otwór operacyjny w ścianie żołądka, jednak bez wyniku.

Wreszcie autor przestrzega przed usiłowaniem zgłębnikowania w okresie, kiedy ściana przełyku w miejscu workowatego rozszerzenia powyżej zwężenia jest w stanie zapalnym.

Zapalenie ropne wyrostka sutkowego kości skroniowej o skrytym przebiegu klinicznym. G. Laurens. *La Presse Méd. Nr. 87. 1927.*

Autor ma tu na myśli przypadki, w których jedynym nieraz objawem klinicznym bywa wyciek ropny z ucha środkowego, przyczem oglądanie i obmacywanie samego wyrostka sutkowego może nie budzić żadnych podejrzeń w tym kierunku. I dlatego należy w tych przypadkach zwracać uwagę na następujące szczegóły: 1) duża ilość stale napływającej ropy świadczy o tem, że jej źródłem jest nie mała jama bębenkowa, a duży przedsionek wyrostka sutkowego, ewentualnie wraz z jego komórkami. 2) charakter ropy — żółtawa, śmietankowata przemawia za obecnością zapalnego ogniska kostnego (w ścianie przedsionka sutka) zaś ropa śluzowa — za wyłącznem schorzeniem śluzówki jamy bębenkowej; 3) wreszcie charakter zwężenia przewodu słuchowego zewnętrznego — zwężenie jednostajne ze wszystkich stron bywa w zapaleniu ucha wewnętrznego, ogniskowe wypuklenie ściany (zwykle ściany górno tylnej) — przy obecności zapalnego ogniska kostnego w tej okolicy (antrum mastoideum).

Przyczyną takiego niezwykłego przebiegu zapalenia wyrostka sutkowego bywa jego szczególna w tych przypadkach budowa anatomiczna — blaszka zewnętrzna wyrostka jest znacznie zgrubiała i stwardniała, komórki zanikłe, w związku z tem ropa zamiast torować sobie drogę, jak zwykle, poprzez ścianę wyrostka pod skórę, przebija się do jamy bębenkowej, a stąd do przewodu słuchowego zewnętrznego, przyczem o ile odpływ ropy jest dostateczny, innych objawów klinicznych może być brak, przynajmniej narazie, dopóki sprawa chorobowa nie przejdzie na ucho środkowe lub opony mózgu.

M. Czyżewski.

POŁOŻNICTWO I CHOROBY KOBIECE.

Cięcie cesarskie z lub bez wycięcia macicy w przypadkach położenia poprzecznego. Guéniot Paul. *Rev. de Gyn. et Obst. 1927, Nr. 5.*

Autor daje przegląd piśmiennictwa w sprawie zagadnienia umieszczonego w tytule i przytacza swoje 4-y przypadki, w których z powodu położenia poprzecznego wykonał raz cięcie cesarskie klasyczne, raz operację Portes'a i dwukrotnie cięcie cesarskie, z natychmiastowym wycięciem całkowitem macicy. Operacje z pozostawieniem macicy wykonywał autor tam gdzie nie stwierdzał objawów istniejącego zakażenia; starał się on tam wykonywać cięcie cesarskie w dolnym odcinku macicy; jednakowoż przy odcinku dolnym prawie pustym, zawierającym tylko przodujący bark, wtedy kiedy płod cały znajdował się ponad pierścieniem skurczowym, mocno zaciśniętym — stosował on chętniej raczej cięcie cesarskie klasyczne, pozwalające na łatwiejsze wydobycie płodu. W przypadkach wyraźnych objawów zakażenia macicy (odchody cuchnące, tętno przyśpieszone i temperatura podwyższona, dawne odejście wód i podejrzane liczne badania autor poleca bądź operację Portes'a (wydobycie macicy ciężarnej i pozostawienie jej poza jamą brzuszną nad powłokami, aż do czasu przeminięcia groźby zakażenia, z następowem ewentualnem wpuszczeniem jej do jamy brzusznej z powrotem), bądź całkowite wycięcie macicy, ewent. zależnie od techniki — starą operację Porro. Za wskazania do cięcia cesarskiego przy położeniu poprzecznem Guéniot uważa następujące sytuacje, zalecając oczywista bardzo głębokie i staranne wniknięcie w warunki każdego poszczególnego przypadku:

1. Płód żyje, a obrót wewnętrzny jest niemożliwy lub niebezpieczny.

2. Występują objawy groźne ze strony płodu lub wypadnięcie pępowiny, przy żywym dziecku, a zbyt małe rozwarcie nie pozwala na wydobycie per vias naturales.

3. Kiedy występują wskazania do opróżnienia macicy (z powodu poczynającego się zakażenia jaja), a zamknięta i niepodatna szyja nie pozwala na wydobycie jaja przez pochwę.

4. Dziecko obumarło, lecz rozkawałkowanie jest niemożliwe lub niebezpieczne (obkurczenie macicy, wysoko umiejscowiony płód, grożące pęknięcie macicy).

5. Kiedy pod koniec ciąży ma miejsce przedwczesne pęknięcie pęcherza i odpłynięcie wód płodowych, bez wystąpienia czynności porodowej i kiedy jednocześnie istniejące położenie poprzeczne płodu nie daje się naprawić zabiegiem zewnętrznym.

W sprawie leczenia nieprawidłowości bólów porodowych. Lima R. O. *Rev. de Gyn. et Obst. 1927, Nr. 9.*

Na zasadzie analogji z wtórnem osłabieniem bólów porodowych, powstającem z powodu „jadów zmęczenia" mięśnia macicy — autor przypuszcza, że bóle porodowe zbyt słabe pierwotnie są skutkiem działania jadów przemiany materji ciężarnej, a zatem skutkiem zatrucia ciążowego. W przypadkach pierwotnie zbyt słabych bólów, autor stwierdzał objawy zatrucia ciążowego, jak przedewszystkiem wysokie ciśnienie tętnicze krwi, obrzęki, białkomocz, bóle głowy i t. d. Opierając się na powyższych danych autor zaleca w przypadkach pierwotnie słabych bólów porodowych upust krwi od 300 — 500 cm^3 zależnie od spadku ciśnienia krwi. Leczenie powyższe stosował z dobrym wynikiem w 7 przypadkach, z których jeden opisuję.

W osłabieniu wtórnem bólów porodowych autor zaleca środek kojący, aby pozwolić chwilowym odpoczynkiem na wydalanie jadów zmęczenia z mięśnia macicy i na powrót prawidłowych jej skurczów.

Następstwa wycięcia wyrostka robaczkowego a stan zapalny w zatoce Douglasa. Condamin R. *Rev. de Gyn. et obst. 1927, Nr. 6.*

Autor przytacza przypadek, w którym u młodej 20-sto letniej dziewicy wystąpiło w 5 lat po wycięciu wyrostka robaczkowego a chaud—bolesne miesiączkowanie, zaburzenia w trawienin i bóle w czasie chodzenia. Badanie zestawione wykazało nadmierne przodozgięcie macicy odsuniętej w całości ku tyłowi, a raczej odciągniętej skróconemi naciekłemi, bolesnemi więzadłami krzyżowo-macicznemi. Leczenie polegające na mięsieniu (masażu), kolumnizacji i rozszerzeniu kanału szyjki dało w wyniku zniknięcie wszystkich wymienionych dolegliwości.

Autor sądzi, że zmiany opisane były następstwem zapalnego stanu otrzewnej zatoki Douglasa, jako skutku appendicitis. Gdyby bolesne miesiączkowanie było zależne od nadmiernego przodozgięcia macicy, to dlaczego nie występowało ono przed operacją usnnięcia wyrostka robaczkowego. Zmiany w więzadłach krzyżowo-macicznych, podobne do występujących w przypadku autora, rozwijają się powoli, wciągu dłuższego czasu. Tem się tłumaczy wystąpienie sprawy dopiero w parę lat po zabiegu operacyjnym.

Autor z naciskiem zwraca uwagę na poruszony zespół chorobowy, polecając w podobnych przypadkach leczenie opisane, jednak zawsze już po usunięciu wyrostka robaczkowego schorzałego.

Ciąża, a rak szyjki macicy. Hauch E. *Rev. de Gyn. et obst. 1927, Nr. 9.*

Autor omawia 4-y przypadki raka szyjki macicy ciężarnej, obserwowane w Ringshospital wśród 25.000 porodów. W przypadku pierwszym istniały upławy surowiczo-krwiste w ciągu całej ciąży, rak był rozległy lecz nadający się jeszcze do operacji w chwili przybycia do szpitala; dla ratowania dziecka założono rad do pochwy, aby dopiero wtedy przerwać ciążę, kiedy dziecko będzie zdolne do życia, wreszcie prawie po 2-ch miesiącach pobytu w szpitalu wykonano cięcie cesarskie (wydobywając żywe dziecko wagi 2.850, dług. 49 cm.) i natychmiast potem wycięto całkowicie macicę; po 4-ch dniach chora zmarła z powodu zapalenia otrzewnej. W drugim przypadku, jakkolwiek objawy wystąpiły zaledwie w 2 mies. przed porodem, ale już w miesiąc po operacji Wertheima przyszedł nawrot i chora zmarła w 5 mies. od początku objawów. Przypadek trzeci przebiegał równie szybko prawie jak poprzedni, początek objawów na 14 dni przed porodem (samoistnym), w 14 dni po porodzie wykryto nowotwór i usunięto go operacyjnie. Jednakowoż wkrótce wystąpił nawrót, a w 6 miesięcy po porodzie—śmierć,

pomimo następowego leczenia energją promienistą. Wreszcie jedyny szczęśliwie dotąd zakończony przypadek powyższego schorzenia wystąpił w pierwszych swych objawach zaledwie na 2 dni przed przybyciem do szpitala. Natychmiastowa operacja Wertheima, połączona z późniejszem leczeniem radem, dała jak dotąd (2½ l.) wynik dobry. Dotychczas śladów nawrotu nie stwierdza się.

Omawiając sprawę raka szyjki macicy w ciąży, autor nie uważa za możliwe stwierdzić z całkowitą pewnością, czy ciąża przyspiesza postęp raka, czy nie. Postępowanie lecznicze w przypadkach połączenia raka i ciąży naogół nie różni się od postępowania po za ciążą. Operacja i naświetlanie — oto droga wyborna. Jedynie tam gdzie jest nadzieja w krótkim czasie uzyskać zdolne do życia dziecko, jeśli się jeszcze przedłuży trwanie ciąży przez czas pewien — można leczyć z początku zakładając rad. Wobec obaw o szkodliwość leczenia radem dla płodu w łonie matki, autor stwierdza, że w jego przypadku, dziecko urodziło się żywe i zdrowe. Aby nie wywołać poronienia, autor poleca radu do szyjki macicy nie wprowadzać, ograniczając się do założenia go do pochwy.

W czasie porodu należy unikać, jak ognia, porodu *per vias naturales*, zastępując go cięciem cesarskiem z następowym wyjęciem macicy sposobem Wertheima. W przypadkach nieoperacyjnych wykonywa autor odcięcie macicy (amputatio uteri supravaginalis). W połogu należy szeroko stosować actinoterapję i to możliwie szybko po porodzie operacyjnym.

T. Zawodziński.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Leczenie wszawicy na głowie u dzieci. Sabouraud. *La Clinique, 1927.*

Autor podaje tu zupełnie pewny i bezwzględnie nieszkodliwy sposób pozbycia się pasorzytów. Smaruje się owłosioną część głowy maścią, w której skład wchodzi benzyna (ewentualnie ksylol) i wazelina — a mianowicie tyle kropel benzyny lub ksylolu, co gramów wazeliny. Następnego dnia zwilża się obficie włosy zwykłym octem kuchennym ogrzanym nieco, i przykrywa się dosyć szczelnie głowę czepkiem kąpielowym. Ocet odkleja jaja pasorzytów (tak zwane gnidy), zwykle już obumarłe, a jednak mocno przylegające do włosów. Na trzeci dzień zmywa się głowę wodą z mydłem, zobojętniając w ten sposób ocet i gęstym grzebieniem usuwa się martwe pasorzyty i ich jaja.

Pełzak czerwonkowy, a owrzodzenia skórne. Tixier, Favre, Morenas, Petouraud. *Ann. de dermat. el syphil. 1927 Nr. 10, październik 1927.*

Autorowie spostrzegali przypadek owrzodzeń skórnych, umiejscowionych w okolicy odbytu, trwających od 6 lat i leczonych najróżniejszymi środkami skórnymi bez najmniejszego wyniku. Chory równocześnie uskarżał się na zaburzenia jelitowe, które uważano za zwykły nieżyt. Jednakże, jak się okazało, były one wywoływane pełzakami czerwonkowemi, które też wykryto w wielkiej liczbie w płynie wysiękowym owrzodzeń. Wyleczenie zupełne szybko osiągnięto przez zastosowanie emetyny podskórnie. Jednocześnie owrzodzenia miejscowo zasypywano novarsenobenzolem. Warto podkreślić, że przed ustaleniem rozpoznania chory był dwukrotnie operowany, a również otrzymał kilkakrotnie duże dawki neosalvarsanu dożylnie bez najmniejszego wyniku. Po emetynie nastąpiło w ciągu kilku dni trwałe wyleczenie nie tylko objawów skórnych, ale równolegle i jelitowych. Autorowie na podstawie danych badania anatomopatologicznego i wyników leczenia uważają powyższe cierpienie za sprawę pełzakową, a nie za owrzodzenie innego pochodzenia, przypadkowo tylko zakażone pełzakami. Autorowie przytaczają podobne przypadki z piśmiennictwa; przeważnie były to umiejscowienia na powłokach brzusznych w związku z przebiciem się w tym kierunku ropnia wątroby pochodzenia pełzakowego. I w tych przypadkach wszelkie sposoby leczenia zawodziły, a emetyna w krótkim czasie doprowadziła do wyzdrowienia zupełnego. Pełzakowate schorzenia skórne są uważane jako nadzwyczaj rzadkie; umiejscowienie na kroczu wogóle nie było spostrzegane. Być może, że systematyczne w tym kierunku poszukiwania wykazałyby większą częstość występowania tego schorzenia. Badania anatomopatologiczne tego przypadku upoważniają autorów do zwrócenia uwagi na istnienie obok wielkich również mikroskopijnych owrzodzeń obfitujących w pełzaki i na kolonje pełzakowe mieszczące się w skórze zdala od owrzodzeń.

Pigmentacja skóry w postaci strug wywołana użyciem wody kolońskiej. Du Bois. *Ann. de dermatol. et syphil. 1927, Nr. 10.*

Autor spostrzegał przypadek nagłego powstania ciemno zabarwionych pasm na ramieniu, jakby śladów po rozlewie cieczy. Przyczyna najsamprzód była zupełnie niejasna, wszelkie badania na pasorzyty i t. d. nie dały wyniku. Pigmentacja ta zwolna ustępowała i po 6 tygodniach znikła zupełnie. Dopiero później dowiedział się autor o opisanej kilkakrotnie, mianowicie przez *Hoffmann'a i Schmitt'a, Freund'a* i inn. postaci pigmentacji skóry po zastosowaniu wody kolońskiej w związku z usłonecznieniem natężonem. Chora autora zauważyła pigmentację po wycieczce górskiej i zapytana później, czy stosowała wodę kolońską odpowiedziała twierdząco. Podczas leczenia nie mówiła o tem, gdyż ciągle się posługuje wodą kolońską, więc nie uważała za możliwe, aby ona mogła mieć jakikolwiek wpływ na powstanie pigmentacji. Z dalszych wywiadów okazało się, że podczas wycieczki tylko jedno ramię było wystawione na działanie promieni słonecznych.

Autor, stwierdza, że muszą zadziałać jednocześnie dwa czynniki: silne usłonecznienie i zetknięcie się skóry z wodą kolońską. Nie każda woda kolońska wywołuje pigmentację. Alkohol tu winy nie ponosi, przyczyna leży w olejkach eterycznych, prawdopodobnie w olejku bergamotowym. Doświadczalnie nie udało się wywołać podobnych obrazów.

(Autor zapewne nie wie, że zalecano naświetlanie lampą kwarcową i smarowanie wodą kolońską w przypadkach plam bezbarwnikowych skóry. Ref.).

Znaczenie rozpoznawcze trichophytyny. Sloimowici i Ullmo. *Ann. de dermat. et syphil. 1927, Nr. 10.*

Jak wiadomo niektórzy autorowie uważają odczyn powyższy za zupełnie swoisty (*Plato*, *Neisser*, *Truffi* i inni) inni znowuż (*Peyrer*, *Urbain i Potter*, *Tarantelli*) wątpili o jego swoistości. Autorowie chcieli się przekonać, czy odczyn ten jest tak samo swoisty, jak tuberkulinowy i przeprowadzili równolegle badania u 148 chorych. Używali oni nierozcieńczonej trichophytyny otrzymanej z hodowli na buljonie Sabouraud'a Trichophyton gypseum granulosum i Achorion Quinqueanum. Sam odczyn odbywał się wskórnie przyczem zużywano 1 kroplę nierozcieńczonej trichophytyny. Jednocześnie wykonywano odczyn tuberkulinowy za pomocą 1 kropli tuberkuliny $^{1}/_{200}$. Wyniki badań były następujące: odczyn jest swoisty dla spraw wywołanych przez grzybek strzygący i tylko dla tych spraw. W sprawach powierzchownych nie zawsze można go otrzymać; w głębokich (Sycosis, Kerion) zawsze i tu właśnie ustala on rozpoznanie z całą pewnością. U chorych na gruźlicę płucną odczyn był zawsze ujemny. Na 6 przypadków tocznia, tylko w jednym wypadł dodatnio.

OKULISTYKA.

Rokowanie natychmiastowe i wczesne leczenie ran twardówki odłamkami szkła. *Arch. d'Opht. 1927. zesz. 9, str. 529 — 545.*

Rokowanie natychmiastowe ran twardówki odłamkami szkła jest uzależnione, według autora: 1) od umiejscowienia rany i od jej wyglądu, 2°) od rozległości i zarysów rany, 3°) od tego, czy ułamek jest wewnątrz oka, czy nie, 4°) od tego wreszcie, czy rana jest zakażona, czy czysta.

Rany niezakażone twardówki mniejsze bez skaleczenia, wzgl. bez wypadnięcia ciałka rzęskowego, tęczówki oraz bez znacznych wypadnięć ciałka szklistego, w razie przebicia siatkówki i naczyniówki po odcięciu wypadłego ciałka szklistego i zaszyciu rany w twardówce najlepiej catgutem i zeszyciu spojówki jebwabiem goją się najczęściej dobrze i bez złych następstw dla wzroku.

Wypadniętą tęczówkę należy wyciąć i ranę pokryć spojówką. Znaczne zranienia twardówki z rozległemi wypadnięciami ciałka szklistego nawet bez zakażenia rany, prowadzą do utraty oka wskutek następczego zaniku.

Do stwierdzenia obecności w oku kawałka szkła pomóc mogą: a) badania wziernikiem. b) diafanoskopja, względnie badanie lampą szczelinową, c) fotografja przy pomocy promieni X.

Badanie wziernikiem najlepiej dokonywać w tych przypadkach po uprzedniem rozszerzenin źrenicy. Szczególnie uwydatnia się obecność ułamka zranieniem i zmianami w ciałku szklistem i naczyniówce. Diafanoskopja zwykle tylko wyjątkowo da nam jakieś pewniejsze wskazówki, również po dobrem rozszerzeniu źrenicy.

Radjografja da nam czasami objaśnienie, szczególnie jeśli szkło będzie z zawartością ołowiu—jednak konieczne są tu zdjęcia w kilku płaszczyznach, jak wskazują doświadczenia autora na królikach i na trupach. Lepsze wyniki dają promienie mniej przenikliwe.

Przypadki ze szkłem w oku są naogół trudne i co do rokowania i co do leczenia, szczególnie, kiedy oko widzi stosunkowo nieźle. Usunięcie ułamka z tylnego odcinka jest zwykle trudne—pozostaje wyczekiwanie, tembardziej, że szkło jest zwykle dobrze znoszone całe lata.

Autor podaje opis sześciu przypadków własnych, które to przypadki wraz z doświadczeniami na trupach i na królikach ilustrują i uzasadniają jego poglądy.

Ostrość wzroku w słabem oświetleniu. Emile Haas & Jacques Couvreux. *Arch. d Opt. 1927, zesz. 9, str. 546 — 551.*

Zapomocą dość dokładnych i prostych przyrządów zmniejszali autorowie oświetlenie do 5 dziesięciomiljonowej części świecy na cm³ t. j. do oświetlenia 50 razy większego niż światło białego przedmiotu w noc bezksiężycową. Przystosowanie do ciemniejszego oświetlenia trwało 3 min. Ostrość wzroku od 0,2 w świetle 0,48 luxa (t.j. 0,12 metro-świecy), zmniejszyła się zrazu współmiernie, dopóki oświetlenie nie zmniejszyło się do 0.09 luxów, dalej już spadek ostrości widzenia stał się prawie nagły i doszedł do 0.032 (i to z odległości 40 cm) przy oświetleniu równem 0,016 lux.

Krew w komórce przedniej po operacji zaćmy. G. Cousin. *Arch. d'Opht., 1927, zesz. 9. str. 552 —555.*

W ciągu ostatnich dwóch lat widział autor to powikłanie po zabiegu wydobycia zaćmy w 38 przypadkach na 357 u kobiet, oraz w 13 przypadkach na 223 u mężczyzn. Wyjątkowo tylko krew wypełniała całą komórkę przednią. Najczęściej w czasie operacji krew pochodziła z płata spojówki. Po operacji, najczęściej na 3 a czasem i 7 dzień krew w komórce przedniej zjawia się w następstwie kichnięcia, lub potarcia oka ręką. Krew pochodzi zwykle z rany twardówkowo-rogówkowej. W przypadku zachowania torebki tylnej krew nie przechodzi do ciałka szklistego i, wogóle, w ciągu kilku lub kilkunastu dni się wchłania.

By ustrzedz chorych od krwotoku do komórki przedniej w Hôtel-Dieu w Paryżu, gdzie pracuje autor, stosuje się przez czas dłuższy w ciągu około 10 dni osłanianie oczu operowanych siatką drucianą.

Sposób praktyczny badania poczucia barw. S. Schaaff. *Arch. d'Opht. 1927, zesz. 9, str. 556—565.*

Około 4% ludzi widzi barwę czerwoną i zieloną podobną do żółtej, przytem czerwona jest dla nich nieco ciemniejsze, a zielona jaśniejsza; 8% ludzi odróżnia barwy te niedostatecznie.

Badanie włóczkami Holmgrena jest, według autora, już dawno przez wielu uznane za niedostateczne. Znacznie dokładniejsze jest dadanie tablicami *Stillinga*, *Nagela*, *Edridge-Greena*, a szczególnie anomaloskopem *Nagela*, który łatwo wykaże nam ślepotę na barwę czerwoną, lub zieloną. Jednak *Schaf* wraz z *P. Blum'em* opracowali mozajkowe tablice barwne w 1 czbie dziesięciu; za pomocą tych tablic w ciągu kilku minut łatwo stwierdzić, czy jest ślepota na barwy i, jeśli jest, to w jakim stopniu. Tablice składają się z jednakowych grup pięcioką-

tów różnej wielkości i odcieni i dwubarwnych. Odróżniający wszystkie barwy z łatwością wydzielą na tablicach grupy pierścieni Landolta: badani mający ten czy inny brak barwnego widzenia nie rozpoznają niektórych tablic należycie.

O wpływie nakłucia lędźwiowego na ciśnienie w tętnicach siatkówki u osobników kiłowych. I. Abramowicz & M. Mienicki. *Arch. d'Opht. zesz. 9. str. 566—573.*

Autorowie badali napięcie tętnic siatkówki w 19 przypadkach po nakłuciu lędźwiowem u osobników kiłowych. Ciśnienie tętnicze badane było oftalmodynamometrem Baillarta. W 10 przypadkach w ciągu 5 min. po nakłuciu ciśnienie w tętnicach siatkówki spadało o 2 do 11 gr., t. j. średnio na 5,8 gr. Z pośród tych 10 przyp. w połowie obniżenie to zwiększało się jeszcze w ciągu następnych 20 min. do 8,4 gr. (w podziałkach oftalmodynamometru). W 4 przypadkach z liczby ogólnej spadek napięcia wystąpił dopiero po 10 min. (3 gr), a w jednym przypadku po 30 min. (+ 10 gr.).

W 3 przypadkach autorowie stwierdzili nieznaczne zwiększenie napięcia (do 2 gr) — po 5 min. W jednym przypadku chory zemdlał podczas nakłucia i napięcie tętnic siatkówki było bardzo obniżone; z 52 gr. spadło do 5 (dla minimum) i z 95 gr. do 40 (dla maximum).

Słowem, w 16 przypadkach na 18, obniżenie napięcia średnio do 8 gr. trwało pierwszych 50 min. po nakłuciu. Przytem w dwuch przypadkach wyższego napięcia początkowego obniżenie utrzymywało się w ciągu kilku dni.

Napięcie w tętnicy ramieniowej w tych przypadkach pozostawało bez zmian.

W 9 przypadkach wysokiego napięcia płynu mózgowo - rdzeniowego, było jednocześnie wysokie napięcie w tętnicach siatkówki.

O nierówności źrenic w silnym zwrocie wzroku w stronę. A. Tournay. *Arch. d Opht. 1927, zesz. 9, str. 574.*

Autor stwierdza z zupełną bezstronnością, że opisany przez niego w 1917 objaw był już uprzednio w 1907 roku stwierdzony i dość dokładnie opisany przez Marina i Giannelli. Działania wojenne przeszkodziły swego czasu autorowi to spostrzec.

W. Melanowski.

SKRZYNKA REDAKCYJNA

Pytania i odpowiedzi.

PYTANIA.

10. Zwróciła się do mnie chora z obustronną uporczywą pryszczycą sutka. Cierpienie trwa już 8 lat i nie poddaje się żadnemu leczeniu. Klasyczne środki, stosowane przezemnie, zawiodły. Co możnaby jeszcze zastosować? Chora godzi się na ew. odjęcie sutków, do tego stopnia jest już zniechęcona do leczenia.

Dr. S. S. w W.

11. Kto może podać adres specjalisty-lekarza zajmującego się leczeniem zboczeń mowy? Czy dziecko w wieku 5 lat należy już rozpocząć leczyć, czy też można czekać?

Dr. R. F. w O.

ODPOWIEDZI

Ad. 1. Krwotoki płucne.

Bogaty arsenał środków polecanych przeciwko krwotokom płucnym u chorych na gruźlicę świadczy o trudnościach leczniczych w podobnych przypadkach. Bardzo często krwotoki zatrzymują się same przy przestrzeganiu ścisłego spokoju (leżenie w łóżku, nieruchomo), zapobieganie kaszlowi (codeina, pantopon, morfina—uspokojenie psychiczne), gdyż tą drogą uzyskuje się obniżenie parcia krwi, do czego przyczynia się i sam upływ krwi. Należy zwrócić uwagę na należyte wypróżnienie chorego (środki przeczyszczające), odżywienie posilne, lecz nieobfite (najlepiej pokarmy płynne i papkowate, chłodne). Tą drogą unikamy zbytniego przeładowania przewodu pokarmowego i tworzenia się gazów, przyczem przepona ustawia się niżej, co wpływa korzystnie na parcie krwi w małem krążeniu.

Oprócz powyższych zaleceń i środków, stosowanych przez p. Doktora, można jeszcze spróbować: *tartari stibiati* 0,01 — 0,03 na dawkę (ewentualnie w połączeniu z morfiną) pod postacią pigułek (3—4 razy dziennie po jednej pigułce). Tartarus stibiatus wywołuje nudność, a nawet wymioty, przyczem parcie krwi obniża się, co wpływa korzystnie na ustanie krwotoku. Podobnie też działa emetyna. Niektórzy polecają wstrzykiwanie dożylnie cukru, calcium chloratum, natrium chloratum w rozczynach bardzo stężonych, np. Calcii chlorati 50% (1 cm. dożylnie), cukru 50% (10 cm.). Podskórnie wstrzykiwać można 10% ol. camph. 5 cm. i więcej. O ile gruźlica płucna jest jednostronna, bardzo skutecznie działa założenie odmy sztucznej. Zwracamy też uwagę na artykuł *Bard'a*, streszczony w W. lek. z. 2.

Z. Gorecki. (Warszawa)

Ad 2. Środki nasercowe w zapaleniu płuc.

Preparatów naparstnicowych jest zbyt wiele dobrze działających, by wszystkie wymienić. Należy przeto wybrać z pośród nich kilka i stale używać. Z lepszych preparatów należy wymienić: Digitalis folia titrat. in ampull. Spiess, Digifolina „Ciba" Digipurat, Ouabaina, Solubaina, Verodigen.

W sprawach przewlekłych można podawać Pulv. fol. Digitalis titrat. od 0,03—0,05 2—3 razy dziennie przez 8—10 dni poczym przerwać na 7-10 dni i wznowić, gdy preparat jest dobrze znoszony. Podawanie tego rodzaju można kilkakrotnie powtórzyć. Lepiej dodać do każdej dawki 0,3 Calcium lacticum i zachować jarską dyetę. Przerywamy podawanie naparstnicy przy najmniejszych objawach zatrucia: tętno poniżej 60, nudności, wymioty, extrasystole.

Strofantynę podaje się wtedy, gdy na 3—4 dni przedtem chory nie przyjmował

preparatów naparstnicy, oraz gdy tętno nie jest niższe od 56 — 60 uderzeń na minutę.

W zapaleniu płuc Digitalis zasadniczo nie dajemy na początku choroby, raczej wcale, gdy serce i naczynia są dobre. Na początku choroby podajemy przy wadach serca, arterjosklerozie, ciąży, rozedmie płuc, kyfoskoljozie.

Zwykle jednak zachowujemy ten środek na okres krytyczny, by móc go zastosować zwłaszcza jako strofantynę bez obawy kumulacji, oraz gdy w czasie choroby wystąpi osłabienie serca: prędkie miękkie tętno, obniżenie ciśnienia, rozszerzenie prawej komory, zwiększona ilość oddechów.

Na początku choroby może dojść do toksycznego porażenia wazomotorów: wzdęcie brzucha, bladość, sine i zimne kończyny. Dlatego też profilaktycznie, zwłaszcza u starszych osób, należy od pierwszego dnia choroby podawać doustnie kofeinę i kamforę.

Gdyby wystąpiły objawy ze strony naczyń, kofeinę i kamforę podskórnie, a w cięższych przypadkach adrenalinę, hypophyzynę, hexeton i t. p.

Wreszcie we wszelkich osłabieniach krążenia znakomicie działa dożylne wstrzyknięcie hypertonicznego roztworu glukozy (50%) 10 - 20 cm kilkakrotnie (wstrzykiwać należy bardzo powoli).

Dr. *W. Proszower.* (Warszawa)

Ad 6. Synthalina.

Synthalina w lekkich przypadkach cukrzycy zmniejsza zawartość cukru we krwi i w moczu. W większości jednak przypadków wywołuje objawy uboczne, polegające na mdłościach, utracie łaknienia oraz niekiedy pojawiających się wymiotach. W ciężkich przypadkach cukrzycy z wybitną acetonurją synthalina działa minimalnie, wobec tego w podobnych przypadkach mogłoby być zastosowane jedynie leczenie skombinowane: synthalinowo-insulinowe.

W przypadkach śpiączki synthalina nie jest wskazana.

Naogół synthalina nie posiada szerszego zastosowania, albowiem w lekkich przypadkach można sobie radzić wyłącznie djetą. Jedynie w wypadkach lekkich, w których chorzy z trudem znoszą ograniczenia djety, a nie wykazują ubocznego działania synthaliny, można stosować synthalinę.

W handlu synthalinę można otrzymać w większych aptekach.

J. Węgierko (Warszawa).

Ad 7. Drżenie poencefalityczne.

Z lepszych środków łagodzących drżenie poencefalityczne są: Bulbokapnin 0,1 podskórnie.

Wstrzykiwania podskórne Nikotini puri 0,005—0,01 2 — 3 razy dziennie przez 3 tygodnie.

Wstrzykiwania dożylne Natr. Salicylici 20% 10 cm^3 1 — 2 razy dziennie przez 4 tygodnie.

Podawanie Luminalu 0,01—0,02 z atropiną 0,0001 — 0,0002 2 — 3 razy dziennie przez 5—6 dni lub:

Hyoscini mur. 0,000,25
Pilocarpini nitr. 0,004
Extr. Strychni 0,00 25

w pigułkach.

Zacząć od 4 i zwiększać stopniowo do 8 i więcej pigułek dziennie.

Dr. Wł. Proszower (W-wa).

OD ADMINISTRACJI.

Chcąc dostosować nakład w roku przyszłym do liczby prenumeratorów, prosimy uprzejmie o łaskawe nadsyłanie zgłoszeń.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski* Wydawca: *L. Nasierowski*

Adres redakcji i administracji Warszawa, Piękna 62 tel. 124-39.

Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8. kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.795.**

NEUMAN & TOMASZEWSKI ZAKŁADY GRAFICZNE WE WŁOCŁAWKU.

RHÉANTINE LUMIÈRE

Szczepionka przeciwgonokokowa wieloważna, stosowana „per os."

NAJDOGODNIEJSZA i NAJNOWSZA METODA SWOISTEGO LECZENIA **RZEŻĄCZKI** DROGĄ DOUSTNĄ.



Dawkowanie:

4 pigułki dziennie: 2 rano, 2 wieczorem na godz. przed jedz.

1 FLAKON ZAWIERA 28 PIGUŁEK KERATYNOWANYCH.

WSKAZANIA:

RZEŻĄCZKA (OKRESÓW PRZEWLEKŁEGO i OSTREGO), ORAZ WSZYSTKIE SCHORZENIA i POWIKŁANIA NA JEJ TLE, ZARÓWNO U **MĘŻCZYZN** JAK i U **KOBIET**.

(ZAPALENIE CEWKI MOCZOWEJ, PĘCHERZA, JĄDER, MACICY, JAJOWODÓW, JAJNIKÓW, STAWÓW, WSIERDZIA) I.T.P.

RHÉANTINE LUMIÈRE DAJE ZAWSZE NIEZAWODNE WYNIKI, NIE POWODUJĄC NAJMNIEJSZEGO ODCZYNU, ANI MIEJSCOWEGO, ANI OGÓLNEGO.

Przedstawicielstwo na Polskę „E. Nasierowski"
Warszawa, ul. Piękna 62, tel. 124-39, 30-42 – Próby i literatura na żądanie WPp. Lekarzy

NEUMAN & TOMASZEWSKI, ZAKŁADY GRAFICZNE WE WŁOCŁAWKU